
Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177762

Vítima: RICARDO JUBERT

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO JUBERT

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177762

Vítima: RICARDO JUBERT

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO JUBERT

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RICARDO JUBERT

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000027537-5

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

477.649.451-53

Nome completo da vítima:

Ricarda Lubert

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Ricarda Lubert

Profissão:

Reclusa

Endereço:

Rua Maria Ana Nunes

Bairro:

Crucumagra

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

477.649.451-53

Número:

781

Complemento:

CEP:

58066-138

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 27537

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 27/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

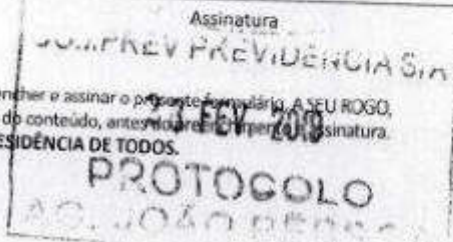
2º | Nome:

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 inteiro teor do conteúdo, antes da assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 FEV. 2019

PROTOCOLO

AO JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01858.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01858.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:39 horas do dia 15 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Ricardo Jubert**, CPF nº 477.649.451-53, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Cartório, filho(a) de Darci Maria de Azevedo Melo e Edivaldo Jubert, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/03/1967 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Ana Nunes, Nº 03, complemento CASA, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Proximo Ao Ponto Final de Onibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-1338.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/08/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

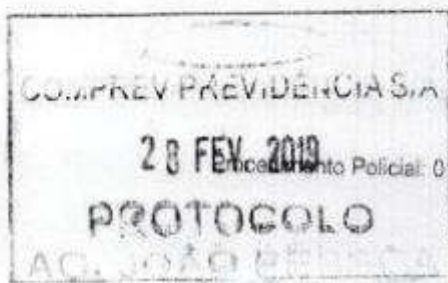
QUE NO DIA 27/08/2018 POR VOLTA DAS 14:20HS, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUANDO ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA MOTO TRAXX/JL 50Q, ANO/MOD-2013, CINZA, COM PLACA OXO-2763/PB, CHASSI.951BXXBA5DB010012 DE PROPRIEDADE DE SUA ESPOSA A SENHORA MAGNOLIA DE CASSIA F. SILVA, CPF. 805.831.644-04, A CORRENTE SOLTOU DA COROA FAZENDO COM QUE CAIR-SE AO CHÃO, NO MOMENTO PARECEU UM AMIGO DE VEICULO, E O LEVOU PARA SUA RESIDENCIA, E APOS 40 MINUTOS EM SUA RESIDENCIA, COMEÇOU A SENTIR MUITAS DORES, FOI QUANDO RESOLVEU IR PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LA CHEGANDO AS 16:48HM FOI ATENDIDO E APOS FAZER RAIOS X E AVALIADO PELOS MÉDICOS COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, CID.10 S42.0, FICOU INTERNADO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA E TEVE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05/11/2018.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2019,

RICARDO JUBERT
Notificante



Nº do Registro Policial: 01858.01.2019.1.00.401

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:

477.649.451-53

Nome completo da vítima:

Ricarda Lubert

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Ricarda Lubert

Profissão:

Receita

Endereço:

Rua Maria Ana Nunes

Bairro:

Crucumagra

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

477.649.451-53

Número:

781

Complemento:

CEP:

58066-138

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 27537

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 27/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

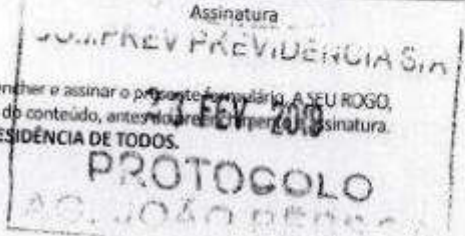
2º | Nome:

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 inteiro teor do conteúdo, antes da assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Boletim de Atendimento: 1118249


Identificação do paciente

ID 1052753	Nome RICARDO JUBERT	Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51 anos 7 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe DARCI MARIA DE AZEVEDO MELO		Pai EDVALDO JUBERT	
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) MAGUOLIA CASSIA FERREIRA DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987761473	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 1929098	Nº Cns 704805569169946	
Local de procedência PB.008		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58066138	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ANA NUNES
Número 103	Complemento	Bairro MUÇUMAGRO	

Admissão

Data e Hora 27/10/2018 16:48:49	Número da pulseira 100004965816	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

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: 19/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO JUBERT

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000027537-5

Nr. da Autenticação 34C61FC3C4FC5FCF

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

INFORME ESTENOGRAFADO
MATRÍCULA
69774804
REFERÊNCIA
SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RICARDO HUBERT

RUA MARIA ANA NUNES, 481 - CS04 - MUCUMAGRO JOÃO
PESSOA PB 58066-138

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
01.093.010.0361.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
710S391755	04/09/2010	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (M3) : MÊS DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA						
860		870		10		32
						02/10/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
AGO/2018	8	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
JUL/2018	7	0	TURBIDEZ	0	0	0
JUN/2018	10	0	COLOR	0	0	0
MAI/2018	8	0	COL. TERMO	0	0	0
ABR/2018	9	0	COR	0	0	0
MAR/2018	8	0	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:18:58

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMTO(S) DESCONTOS ANT. 06/2018		0,75
JUROS DE MORA 06/2018		0,29
DEV. PAGOS DUPL. 04/2018		35,90

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS: R\$ 12,741/12

VENCIMENTO: 16/09/2018 **Total a Pagar:** R\$ 3,05

	CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZAÇÃO	TIPO DE TARIFA: 1
	CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
NÃO HÁ INFÂNCIA E PERDIDA, NÃO TEM JORNO GANHOS		

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO BESSICA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ADRIANO JOSÉ COSTA DUARTE, 157 - SALA 05 - MANGUEIRA
JOÃO PESSOA - PB CEP 58220-010

Emprego 3101/2018 Referência Jan/2019
Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Atividade 12 - 5 - 202 - 450 TP menor 000000000000

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200 km 15 - C. 100 - R. 100 - JOÃO PESSOA - PB - 58220-010
CNPJ 06.189.000/0001-40 - INSC. EST. 16.015.923-0

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

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAM
Jan / 2019 21/01/2019 19/02/2019 010.942.224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato
Qualquer dúvida sobre a leitura ou sobre o consumo, não deixe a porta da grade aberta sem supervisão, para evitar o risco de roubo de energia e de danos ao equipamento.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/12/18	Leitura 3616	Data 21/01/19	Leitura 3738	
Demonstration				
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc
CC - Cálculo	Quantidade Tarifa	Valor Base Calc	Valor Imposto	Valor Base Calc

CC - Código de Classificação do Item TOTAL 169.22 104.17 10.06 184.17 1.89 9.20

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)
44 / 25 / 4 / 160 / 221 / 323 / 107 / 200 / 182 / 234 / 227 / 200
Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19

RESERVAÇÃO AO FISCO
85f1.69f1.6d42.d3c2.aad6.644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade	Limite de Tensão	Valor	%
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100
PC MEDIAL	10	10	100

ATENÇÃO
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
28/01/2019 R\$ 195,22
83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 013000005019-8

PROTOCOLADO
20 FEV. 2019
JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP 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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 04650275474, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ricarda Lubert inscrito (a) no CPF sob o Nº 47764949153
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ricarda Lubert
inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.75474, 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 27/02/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Magnolia de Cassia Ferreira da Silva

RG nº 1.524.098 data de expedição 21/11/2017

Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 805.831.644-04 com

domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Maria Anna Nemes nº 481

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Ricardo Tubert, cujo o condutor era

Ricardo Tubert

Veículo: moto

Modelo: TR4xx/3250a

Ano: 2013

Placa: OXO 2763/PB

Chassi: 951BXKBA5DB050012

Data do Acidente: 27-08-18

Local e Data: João Pessoa, 19-02-19

Carlos
Neves
Serviços
Notariais
1º Ofício

Magnolia de Cassia Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CARLOS NEVES - Rua Visconde de Albuquerque, 86 - Edifício Antônio de Góes - Centro
7º Ofício Notarial

REC. DE FIRMA Nº 2019-002595

Reconheço por autenticidade a firma de:

MAGNOLIA DE CASSIA FERREIRA DA SILVA

Dou fé, em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB, 19/02/2019 10:01:26

RESPONSÁVEL: OSANETS DE ARAUJO VELOSO - ESCRIVENTE

ENDL: R\$ 9,81 FEPJ: R\$ 1,58 FARPEN: R\$ 0,28 ISS: R\$ 0,58

SELO DIGITAL: SELO DIGITAL: A1D18884-KS2U

Confira a autenticidade em <https://portal.selo.digital.19pb.jus.br>

Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa / PB - CEP: 58030-071 - Tel: (83) 3244.1313 / 3023.7725



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 FEV. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Ricardo Jubert
DATA DE NASCIMENTO 18/03/67
NOME DA MÃE Darci Maria de Azevedo Melo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 111901
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1118249
DATA DO ATENDIMENTO 27/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 16:48
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula D
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto há mais de 12 horas, com TCE, ferimento em supercílio, trauma em ombro direito com dor, edema, crepitação e limitação funcional. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX ombro D, tórax

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 05/11/18
DATA DA EMISSÃO: 08/02/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

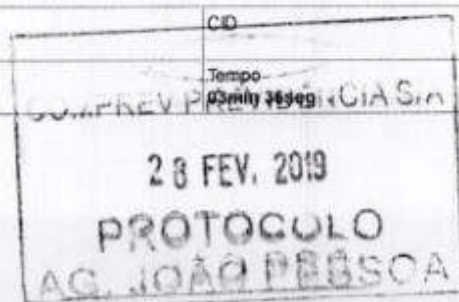
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1118249



Identificação do paciente				
ID 1052753	Nome RICARDO JUBERT		Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51 anos 7 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe DARCI MARIA DE AZEVEDO MELO		Pai EDVALDO JUBERT		
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) MAGUINOLIA CASSIA FERREIRA DA SILVA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987761473	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 1929098	Nº Cns 704805569169946		
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58066138	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ANA NUNES	
Número 103	Complemento	Bairro MUÇUMAGRO		
Admissão				
Data e Hora 27/10/2018 16:48:49	Número da pulseira 100004965816	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RICARDO JUBERT		BAE 1118249	Data/Hora Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data Baixa
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51a 7m 9d	Sexo Masculino	CNS 704805569169946	Telefone de Contato (83) 987761473
Mãe DARCI MARIA DE AZEVEDO MELO				Prontuário
Endereço MARIA ANA NUNES, 103		Bairro MUCUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA		Nº Cons. Regional 10190/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 17:14:05			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 17:20:01	

Anamnese

ACIDENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ MAIS DE 12 HORAS, COM TCE, CORTE EM SUPERCÍLIO, TRAUMA 1 OMBRO E POSSÍVEL FRATURA DE CLAVICULA. CD: SOLICITO RX DE TORAX, RX DE OMBRO, TC DE CRANIO. AVALIAÇÃO DA NCR, ORTOPEDIA E BMF.

CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

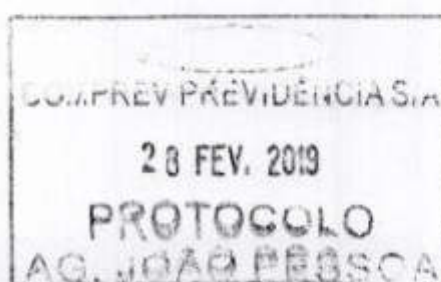
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

m observação

RICARDO JUBERT

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA
(10190/PB)

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

CNES: 6121221

Paciente RICARDO JUBERT	BAE 1118249	Data/Hora Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data Baixa
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51a 7m 9d	Sexo Masculino	CNS 704805569169946
Mãe DARCI MARIA DE AZEVEDO MELO			Telefone de Contato (83) 987761473
Endereço MARIA ANA NUNES, 103	Bairro MUCUMAGRO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	UF PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 17:14:05		Nº Cons. Regional 9690/PB	
		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 18:57:37	

Anamnese

RTOPEDIA

PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM TRAUMA NA REGIÃO DO OMBRO DIREITO
QUEIXA-SE DE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MESMOAO EXAME: EDEMA, EQUIMOSE E DEFORMIDADE AO NIVEL DA CLAVICULA DIREITA
DOR E CREPTAÇÃO À PALPAÇÃO

RX APRESENTANDO FX DO 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA COM ENCURTAMENTO

CD: ENFAIXAMENTO EM 8
RX DE CONTROLE PÓS-IMOBILIZAÇÃO**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

Induta

Em observação

RICARDO JUBERT

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)COMPREV PREVIDENCIA S.A.
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RICARDO JUBERT	BAE 1118249	Data/Hora Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data Baixa
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51a 7m 9d	Sexo Masculino	CNS 704805569169946
Mãe DARCI MARIA DE AZEVEDO MELO			Telefone de Contato (83) 987761473
Endereço MARIA ANA NUNES, 103	Bairro MUCUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 27/10/2018 17:14:05		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 20:25:21	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM TRAUMA NA REGIÃO DO OMBRO DIREITO
QUEIXA-SE DE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MESMOAO EXAME: EDEMA, EQUIMOSE E DEFORMIDADE AO NIVEL DA CLAVICULA DIREITA
DOR E CREPTAÇÃO À PALPAÇÃO

RX APRESENTANDO FX DO 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA COM ENCURTAMENTO

CD: ENFAIXAMENTO EM 8
RX DE CONTROLE PÓS-IMOBILIZAÇÃORX: MANUTENÇÃO DO ENCURTAMENTO
CD: INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA
DIÁRIA: 24,0)CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ;
AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG 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 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE
HGT <60)

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

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)

CUIDADOS

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 27/10/2018 16:52:25

23 FEV. 2019

PROTOCOLO

Dr. Tiberio Vanormark
Ortopedia / Clinica de Mão
0080517150114840

Paciente RICARDO JUBERT	Boletim de Atendimento 1118249	Data/Hora Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51	Sexo Masculino	Prontuário 111901
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data Internação 27/10/2018 21:23:38	Permanência na Unidade: 1d 13h 39min	Permanência no Leito: 1d 8h 52min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 29/10/2018 06:27:33)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO RISCO CIRÚRGICO.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11

fissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 28/10/2018 08:56:00

Paciente RICARDO JUBERT		Boletim de Atendimento 1118249	Data/Hora Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/03/1967	Idade 51	Sexo Masculino	CNS 704805569169946	Prontuário 111901
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 27/10/2018 16:48:49	Data Internação 27/10/2018 21:23:38	Permanência na Unidade: 14h 8min		Permanência no Leito: 9h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 28/10/2018 06:54:36)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1DIH

FRATURA CLAVÍCULA ESQ

EVOLUI ESTAVEL

AGUARDA RISCO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 9113 / CRM-PE 17606
2007 12014

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX 3,5 TMC 01 agulha de plexo
01 placa de neurostímulo 12 fios costado para 10 fios
"avulsa"
08 fonef. port. (2-14) (4-16) e (2-18)
01 placa de neurostímulo de 8 fios "avulsa" foi mode-
lada e desprezada

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

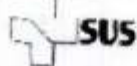
CPF

Elisabete Medeiros
CRM 111115
Cirurgiã de Otorrinolaringologia
CRM 111115

23 FEV. 2013

PROTOCOLO

DR. JOÃO BESSA



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - 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

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Q.T.D.E.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Q.T.D.E.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - Q.T.D.E.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente com carro, com trauma em região do ombro, ao nível da clavícula. aguarda procedimento cirúrgico. solicita mudança p/ procedimento como citado.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

CONSELHO PREVIDENCIÁRIO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

23 FEV 2019

48 - COD. DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

AC. JOÃO PESSOA

Nome: Ricardo Tulent BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: RAFI Fratura de clavícula
 Cirurgião: D^r Tulent 1º Assistente: D^r
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr clavícula D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 (☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

23 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____
 Dr. Tibericá Medeiros
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM PB 7296 CRM PF

03 NOV. 2018

João Pessoa, ____/____/____



Paciente: Ricardo Tubert
Data: 03/11/18
Indicação: Trat. cir. de fr. de clavícula (2)
Cirurgião: Dr. Tiberio
Anestesia: bloqueio plexo
Anestesiologista: Dr. João Batista Virgulino
Instrumentador:
Data: 03/11/18
Indicador de Sala Cirúrgica: 08:35 Fim 10:20

INDICE DE RISCO DE INFECÇÃO - ASA - AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS
 ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: CONTAMINADA INFECTADA POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		ELCON N°8		FIOS CAT GUT CROVADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		ELCON N°8		FIOS CAT GUT CROVADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		ELCON N°8		FIOS DE ACC N°	
CETAMINA		ELCON N°8		FIOS DE ACC N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N° 20 L	
ETOXIDATO		SOLUÇÕES		FIOS DE NYLON N°	
FENOSARITAL		ALCOOL ETILICO 70%	OK	FIOS DE NYLON N°	
FENTANIL		PAPI DEGERMANTE	OK	FIOS POLIGLACTINA N° 20 L	
FLUMAZENIL		PAPI TATLRA	OK	FIOS POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PAPI TOPICO		FIOS POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C VASO	1	SABÃO ANTISEPTICO		FIOS POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S VASO		MATERIAIS	QTD.	FIOS POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C VASO	1	AGULHA 25X38	OK	FIOS POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S VASO		AGULHA 25X38		FIOS POLIGLECAPRONE N°	
MIPIAZOLAN		AGULHA 25X38		FIOS SEDAN N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		FIOS SEDAN N°	
NIVIBUM		AGULHA PERIDURAL N°16		FIOS SEDAN N°	
PANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		FIOS SEDAN N°	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		FIOS SEDAN N°	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUI N°20		FIOS SEDAN N°	
RAMPENTANIL		AGULHA RAQUI N°26		FIOS SEDAN N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27		FIOS SEDAN N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIOS SEDAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPON		FIOS SEDAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIOS SEDAN N°	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		FIOS SEDAN N°	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		FIOS SEDAN N°	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	OK	FIOS SEDAN N°	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		FIOS SEDAN N°	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIOS SEDAN N°	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		FIOS SEDAN N°	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		FIOS SEDAN N°	
DIPLOFONA SÓDICA		CERA PARA OSO		FIOS SEDAN N°	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		FIOS SEDAN N°	
FLUOSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIOS SEDAN N°	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIOS SEDAN N°	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		FIOS SEDAN N°	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		FIOS SEDAN N°	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		FIOS SEDAN N°	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		FIOS SEDAN N°	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		FIOS SEDAN N°	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		FIOS SEDAN N°	
PROTAMINA		ESPONJA DE PAPI		FIOS SEDAN N°	
TENOXICAN		ESPARADIFOLIO		FIOS SEDAN N°	
atropina	1	GAZES (furo)		FIOS SEDAN N°	
		GAZES ALGODOADAS		FIOS SEDAN N°	
		GEL ELETROLITICO		FIOS SEDAN N°	
		ELCON N°14		FIOS SEDAN N°	
		ELCON N°16		FIOS SEDAN N°	

PROTÓCOLO
 08 furos corticais (2-14) (4-16)
 01 placa de reconstrução 12 furos
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)

20 FEB. 2019
PROTÓCOLO
 08 furos corticais (2-14) (4-16)
 01 placa de reconstrução 12 furos
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)
 01 placa de reconstrução 8 furos (artefusa)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1^o e 2^o em DDH (cabeça de prumo) sob anestesia
- Proprio + Antisepsia + Curativo estéril

Incisão:

- Incisão anterior P/ acesso a fratura

Achados:

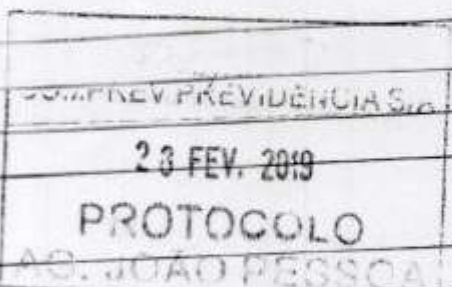
Conduta:

- Redução dos fragmentos e fixação com 2 parafusos interfragmentar + placa de reconstrução 3,5 x parafusos
- Lavagem com SF 0,9%

Fechamento:

- Sutura por planos
- Curativo

Observação:



Médico/CRM:

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE 7295 CRM PE

03 NOV. 2018

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE 7295 CRM PE

03 NOV. 2018

Pessoa, ____/____/____

PatientID: 000000078748
Name: RICARDO JUBERT

Sex: Masculino
BirthDate: 18.03.1967
Age: 51a.

StudyDate: 16.11.2018



COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 FEV. 2019

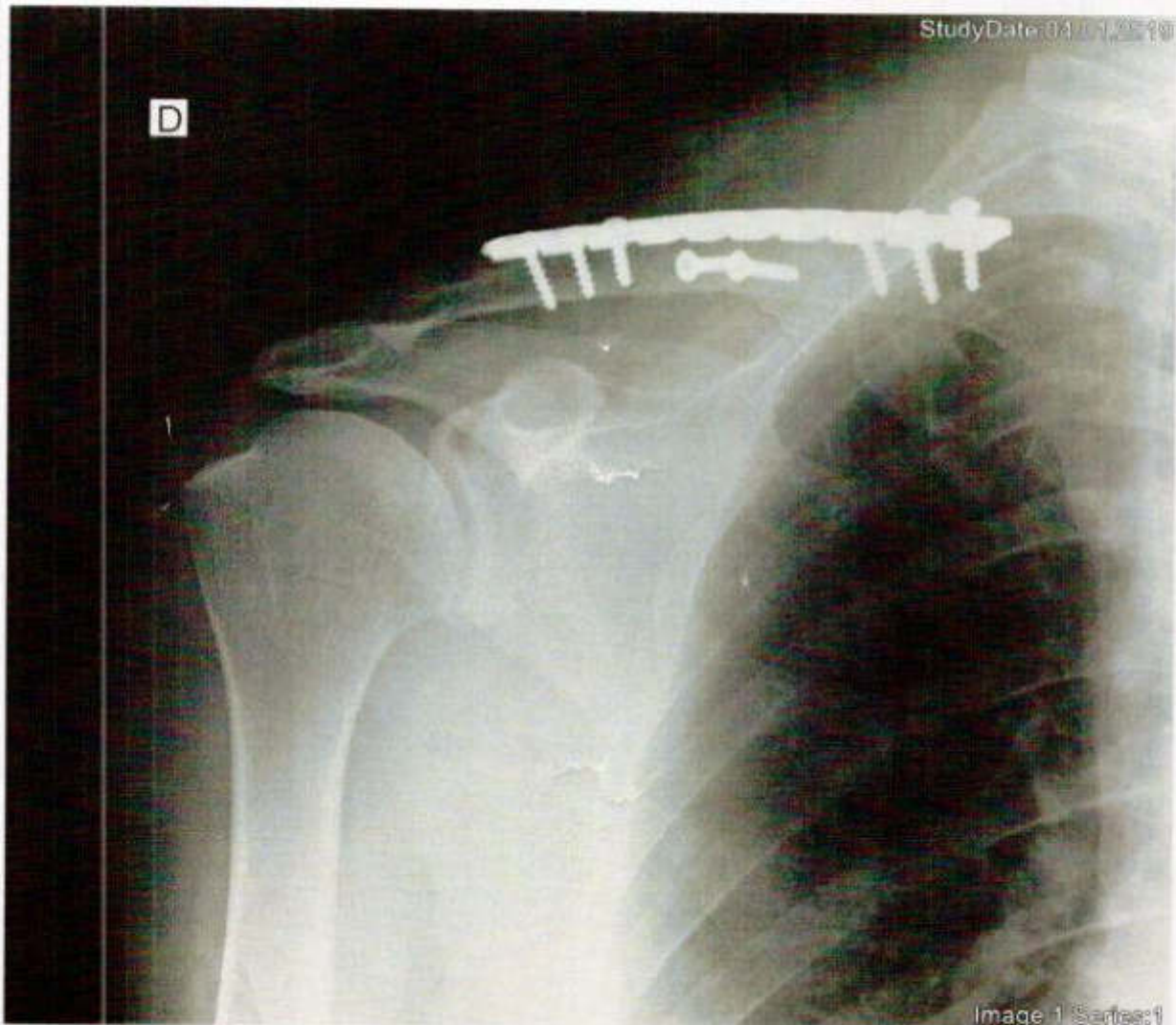
PROTOCOLO

AG. JOAO BESSOA

PatientID: 000000078748
PatientName: RICARDO JUBERT

Sex: Masculino
BirthDate: 18.03.1967
Age: 51a.

StudyDate: 04/01/2019

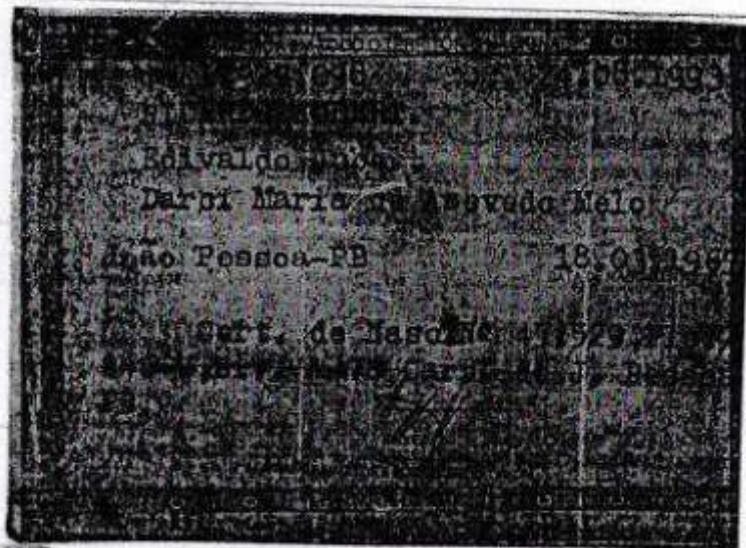


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 FEV. 2019

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

HTOP

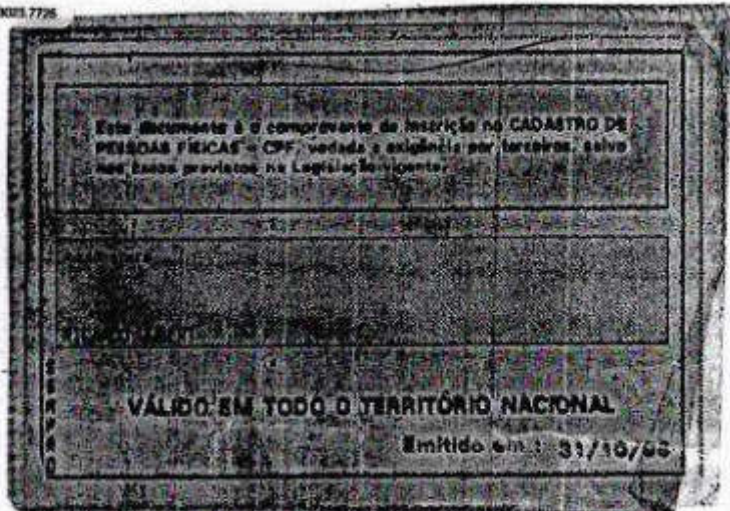
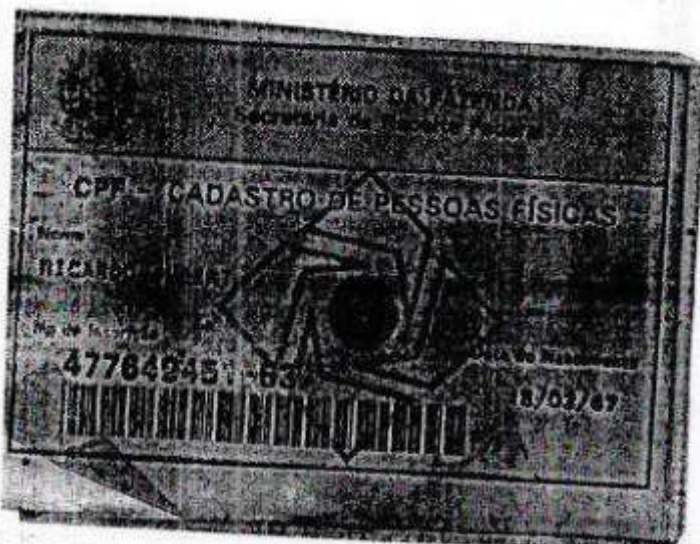


CARTÓRIO CARLOS NEVES - Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 56030-071 - Tel: (83) 3244.1313 / 3023.7725
2º Ofício Notarial

AUTENTICAÇÃO Nº 2018-027180
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, em testemunho da verdade. João Pessoa-PB, 08/11/2018 10:58:33
OSANETE DE ARAUJO VELOSO - ESCRIVENTE
ENOL:RS 2,37 REPJ:RS 8,47 FARPEN RS 8,28 ISS:RS 8,12
SELO DIGITAL: AHK10849-0YVH
Confira a autenticidade em <https://sedigital.1job.jus.br>



Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 56030-071 - Tel: (83) 3244.1313 / 3023.7725



CARTÓRIO CARLOS NEVES - Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 56030-071 - Tel: (83) 3244.1313 / 3023.7725
2º Ofício Notarial

AUTENTICAÇÃO Nº 2018-027181
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, em testemunho da verdade. João Pessoa-PB, 08/11/2018 10:58:38
OSANETE DE ARAUJO VELOSO - ESCRIVENTE
ENOL:RS 2,37 REPJ:RS 8,47 FARPEN RS 8,28 ISS:RS 8,12
SELO DIGITAL: AHK10850-4X20
Confira a autenticidade em <https://sedigital.1job.jus.br>



Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 56030-071 - Tel: (83) 3244.1313 / 3023.7725



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG EMITIDA / OUT. EMISSOR Nº
2427715 SST 579

CPF
045.502.754-74 DATA NASCIMENTO
31/08/1982

RENCAO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO
Nº 01851249600

ACC
16/01/2019

CAT. ABR
29/06/2001

VALOR EM TUDO
R\$ TRINTA E CINCO
894056231

PROBANDO PLATIFICAR
894056231

Assinatura do Titular

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
17/01/2014

Assinatura do Diretor

66588356744
78027919595

COMITÊ PREVIDENCIA 3m
23 FEV. 2019
PROTOCOLADO
AC. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177762 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO JUBERT **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177762 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO JUBERT **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

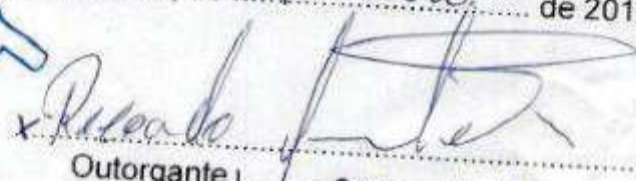
PROCURAÇÃO

Outorgante: Ricardo Subert, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão aux. de Cartório, residente e domiciliado à Rua Manoel Gomes nº 481, bairro Mucumbaru, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58066-138, portador(a) do Rg nº 1.929.098, SSP/PB e CPF nº 477.649.451-53

Outorgado: Alexandra Luz Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Marabá, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2.627.718, SSP/ e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Ricardo Subert, ocorrido em 27/08/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Ricardo  18 de fevereiro de 2019.
x Ricardo 
Outorgante
CPF Nº 477.649.451-53

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO CARLOS NEVES - Rua Vitorino Mendes da Rocha Castelo, 101, Estado Américo de Gama Carneiro, 5º Ofício Notarial

REC. DE FIRMA Nº 2019-002545
Reconheço por autenticidade a firma de:
RICARDO SUBERT
Dou fé, em testemunho da verdade
João Pessoa-PB, 18/02/2019 12:24:51
RESPONSÁVEL: VALDENICE LEBRÃO MOURA SILVA - SACREVENTE
EROL/RG 0.01 100.100.000-0000-00
SELO DIGITAL: SELO DIGITAL: AID14821-J811
Confira a autenticidade em <https://selodigital.4dob-jus.br>



COMPROV. PREVIDÊNCIA
23 FEV. 2019
PROTOCOLADO
AC. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074063/19

Vítima: RICARDO JUBERT

CPF: 477.649.451-53

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO JUBERT

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

RICARDO JUBERT : 477.649.451-53

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: 28/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA