Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180195014**
Vitima: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **03/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180195014.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180195014**
Vitima: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **03/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180195014**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180195014**
Vitima: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **03/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180195014**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180389204**
Vitima: **ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **03/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180389204.**

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.b**r 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180389204 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA ULNA ESQUERDA + LUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	709.420.674-79	Alexandre Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Alexandre Gonçalves da Silva		CPF titular da conta: 709.420.674-79	Profissão: eletricista
Endereço: Rua Geteda		Número: S/N	Complemento:
Bairro: Mario Andreazza	Cidade: Bayeux	Estado: PB	CEP: 58300-000
Email: zealuradsilva@hotmail.com			Telefone (DDD): 98663-4900

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 ☐ 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 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
1033		00500226	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
(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.

Bayeux, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

X Alexandre Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017

cliente informou que abriu conta na agência.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	709.420.674-79	Alexandre Gonçalves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Alexandre Gonçalves da Silva		CPF titular da conta: 709.420.674-79	Profissão: eletricista
Endereço: Rua Geteda		Número: S/N	Complemento:
Bairro: Mario Andreazza	Cidade: Bayeux	Estado: PB	CEP: 58300-000
Email: zealuradsilva@hotmail.com			Telefone (DDD): 98663-4900

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 ☐ 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 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
1033		00500226	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
(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.

Bayeux, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

X Alexandre Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017

cliente informou que abriu conta na agência.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00127.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00127.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:03 horas do dia 22 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraiba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veiculos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matricula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matricula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alexandre Gonçalves Alves**, CPF nº 709.420.674-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Eletriscista, filho(a) de Edinalva da Silva e José Gonçalves Alves, natural de Ibiara/PB, nascido(a) em 08/11/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, Nº S/N, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Alfaville, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98649-2910.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Próximo Coteminas, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via fora do perimetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/09/17 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 03/09/2017,por volta das 18:30 horas quando conduzia o seu veiculo na BR 101,próximo ao bairro de Costa e Silva, nesta Capital PB, e que ao chegar no endereço acima citado, o notificante pegou no sono enquanto guiava o seu Veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/ 160 FAN ESDI, ano e modelo:2016/2017, de cor preta, Placa:OFD 1311/PB, chassi nº 9C2KC2200HR502072, registrado em nome do notificante;QUE devido ao fato veio a cair e se lesionar, conforme certidão de nº 1688/2017 do Complexo hospitalar de Mangabeira, datado de 28/10/2017, assinado pela médica Dr. Rosângela Medeiros Escorel Almeida, CRM-PB 3883;QUE o notificante foi socorrido na época do fato pelo corpo de bombeiros. .

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, 22 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

ALEXANDRE GONÇALVES ALVES
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00127.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00127.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:03 horas do dia 22 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraiba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veiculos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matricula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matricula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alexandre Gonçalves Alves**, CPF nº 709.420.674-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Eletriscista, filho(a) de Edinalva da Silva e José Gonçalves Alves, natural de Ibiara/PB, nascido(a) em 08/11/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, Nº S/N, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Alfaville, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98649-2910.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Próximo Coteminas, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via fora do perimetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/09/17 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 03/09/2017,por volta das 18:30 horas quando conduzia o seu veiculo na BR 101,próximo ao bairro de Costa e Silva, nesta Capital PB, e que ao chegar no endereço acima citado, o notificante pegou no sono enquanto guiava o seu Veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/ 160 FAN ESDI, ano e modelo:2016/2017, de cor preta, Placa:OFD 1311/PB, chassi nº 9C2KC2200HR502072, registrado em nome do notificante;QUE devido ao fato veio a cair e se lesionar, conforme certidão de nº 1688/2017 do Complexo hospitalar de Mangabeira, datado de 28/10/2017, assinado pela médica Dr. Rosângela Medeiros Escorel Almeida, CRM-PB 3883;QUE o notificante foi socorrido na época do fato pelo corpo de bombeiros. .

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, 22 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

ALEXANDRE GONÇALVES ALVES
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Alexandre Gonçalves da Silva	709.420.574-79	03-09-17

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 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COMPREV
COMPREV-PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Poxeu, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandre Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Alexandre Gonçalves da Silva	709.420.574-79	03-09-17

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 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COMPREV
COMPREV-PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Poxeu, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandre Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

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

Ficha Nr: 58136 Atd. Não Reg.
Data: 03/09/2017
Hora: 23:38:19
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
Num. Prontuario: 2017.09.000389
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3675828 Fone: 986744734
Natural: IBIARA/PB Data Nasc.: 08/11/1994 Id: 22 ano(s)
End.: GRANJA SAO PAULO,00BAIRRO: MARIO ANDREAZA
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB
Mae: EDINALVA DA SILVA Pai: JOSE GONCALVES ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: PAI
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/BR 101
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
Encaminhado pela Beleza

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 58136 Atd. Não Reg.
Data: 03/09/2017
Hora: 23:38:19
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
Num. Prontuario: 2017.09.000389
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3675828 Fone: 986744734
Natural: IBIARA/PB Data Nasc.: 08/11/1994 Id: 22 ano(s)
End.: GRANJA SAO PAULO,00BAIRRO: MARIO ANDREAZA
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB
Mae: EDINALVA DA SILVA Pai: JOSE GONCALVES ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: PAI
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/BR 101
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
Encaminhado pela Beleza

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000100226-5

Nr. da Autenticação 2917D73E83544730

ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N - MARIO ANDREAZZA
BAYEUX / PB CEP 58300-000 (AG. 1)

Emissão: 26/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 15 - 8 - 475 - 3730 Nº medidor: 00001325944

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 034.149.525
Cód. para Déb. Automático: 000130991555

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	26/03/2018	25/04/2018	70942067479

UC (Unidade Consumidora): 5/1309915-5

Canal de contato

- Furto de energia é o maior roubado. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
23/02/18	6738	26/03/18	6881	1	143	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Pis(R$) (0,67779%)	Cofins(R$) (0,12149%)
0601	Consumo em kWh	143,000	0,714720	102,20	102,20	27	27,59	102,20	0,69	3,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			7,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2018			0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL				111,91	102,20	27,59	102,20	0,69	3,19

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
94	03/04/2018	R$ 111,91

Histórico de Consumo (kWh)

98	147	107	97	54	81	112	26	99	101	110	106
Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

3018.b02c.06ad.f7a8.b541.8bfb.6e46.f087.

Indicadores de Qualidade (Trailer - Quadro)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,62			
DIC ANUAL	21,25			
FIC MENSAL	3,98	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	9,03	0,00		
DIC RI	12,23			

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (R$)	27,01	24,15
Compra de Energia	32,21	28,80
Serviços de Transmissão	4,14	3,71
Encargos Setoriais	7,50	6,70
Impostos Diretos e Encargos	41,16	36,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**111,91**	**100,00**

Valor da EUSD (Ref. 1/2018) R$ 29,15

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/04/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Faturas em atraso
Fev/18 83,09

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 5269xXXXXXXXX3555
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura
28/10/2017

Total da fatura
R$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de suspensão, alguns dos lançamentos abaixo poderão não ter sido registrados nesta fatura. Recomendamos acompanhar o demonstrativo de pagamentos e/ou seu extrato de pagamento mensal. Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

DTC RECEITA PB PSA
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

2113307021 96868 2:000049734 30 171017
Vencimento 28/10/2017 Postagem 17/10/17 Emissão 13/10/2017

Programa de Pontos Extra

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US$
		Valor Original	Cotação
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		
13/03	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		
	Subtotal Nacional		
	JOSE EDUARDO DA SILVA 5269xXXXXXXXX3555		
	Movimentações Nacionais		
12/10	ANUIDADE DIFERENCIADA 17/07/12		
	Subtotal Nacional		
	Total Nacional		
	Total Internacional		
	Total da Fatura		

2,00 %
1,00 %
5,00 %

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N - MARIO ANDREAZZA
BAYEUX / PB CEP 58300-000 (AG. 1)

Emissão: 26/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 15 - 8 - 475 - 3730 Nº medidor: 00001325944

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 034.149.525
Cód. para Déb. Automático: 000130991555

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	26/03/2018	25/04/2018	70942067479

UC (Unidade Consumidora): 5/1309915-5

Canal de contato

- Furto de energia é o maior roubado. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
23/02/18	6738	26/03/18	6881	1	143	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Pis(R$) (0,67779%)	Cofins(R$) (0,12149%)
0601	Consumo em kWh	143,000	0,714720	102,20	102,20	27	27,59	102,20	0,69	3,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			7,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2018			0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL				111,91	102,20	27,59	102,20	0,69	3,19

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
94	03/04/2018	R$ 111,91

Histórico de Consumo (kWh)

98	147	107	97	54	81	112	26	99	101	110	106
Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

3018.b02c.06ad.f7a8.b541.8bfb.6e46.f087.

Indicadores de Qualidade (Trailer - Quadro)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,62			
DIC ANUAL	21,25			
FIC MENSAL	3,98	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	9,03	0,00		
DIC RI	12,23			

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (R$)	27,01	24,15
Compra de Energia	32,21	28,80
Serviços de Transmissão	4,14	3,71
Encargos Setoriais	7,50	6,70
Impostos Diretos e Encargos	41,16	36,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**111,91**	**100,00**

Valor da EUSD (Ref. 1/2018) R$ 29,15

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/04/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Faturas em atraso
Fev/18 83,09

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 5269xXXXXXXXX3555
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura
28/10/2017

Total da fatura
R$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de suspensão, alguns dos lançamentos abaixo poderão não ter sido registrados nesta fatura. Recomendamos acompanhar o demonstrativo de pagamentos e/ou seu extrato de pagamento mensal. Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

DTC RECEITA PB PSA
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

2113307021 96868 2:000049734 30 171017
Vencimento 28/10/2017 Postagem 17/10/17 Emissão 13/10/2017

Programa de Pontos Extra

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US$
		Valor Original	Cotação
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		
13/03	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		
	Subtotal Nacional		
	JOSE EDUARDO DA SILVA 5269xXXXXXXXX3555		
	Movimentações Nacionais		
12/10	ANUIDADE DIFERENCIADA 17/07/12		
	Subtotal Nacional		
	Total Nacional		
	Total Internacional		
	Total da Fatura		

2,00 %
1,00 %
5,00 %

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.539.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.420.674-79 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alexandre Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.420.674-79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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		Número	Complemento
Av. Maria Rosa		58	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Manaíra	João Pessoa	PB	58038-460
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
eduardo.silva@hotmail.com	98663-4900	99342-1170	

João Pessoa, 30 de abril de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.539.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.420.674-79 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alexandre Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.420.674-79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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		Número	Complemento
Av. Maria Rosa		58	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Manaíra	João Pessoa	PB	58038-460
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
eduardo.silva@hotmail.com	98663-4900	99342-1170	

João Pessoa, 30 de abril de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1688/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº58136 e prontuário de nº 2017.09.000389 pertencente a **ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA** que foi atendido dia 03/09/2017 às 23H38min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço e cotovelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/09/2017 com alta médica dia 07/09/2017.

E para constar eu Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 03/09/17

Nome: Alexandre Gonçalves
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento __/__/__

QPD: Queda de cama

HDA: Dor de forma [illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]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: Rx: fratura ulna c/ luxação cabeça radio - montegia

Hipóteses Diagnósticas: fratura luxação osso do punho 6 II montegia

Conduta: Indicação p/ redução + Fixação do punho

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Alexandre Farcolu				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Dr Felipe Bittencourt			1° Assistente: Dr Andrea Horsel	
2° Assistente:		3° Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura luxação maléolo lateral esquerdo tipo II	S522

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
Mesmo	S522

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Tratamento cirúrgico fratura maléolo	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (✓) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

me EXANDRE GONCALVES DA SILVA						CNS	Prontuário
ta de Nascimento /11/1994	Idade 22A 9M 26D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARD/.	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
ome da Mãe DINALVA DA SILVA				Nome do Pai JOSE GONCALVES ALVES			Cep 58308000
ndereço BERDADE - DE 2379/2380 A 3955/3956				Bairro SESI			
unicipio AYEUX - PB				Telefone Residêncial		Telefone Celular (00) 00000000	
nidade de saúde solicitante OSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H ICENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

de de atenção primária LEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB

otivo do encaminhamento
LTA HOSPITALAR

esultado de exames complementares
ACIENTE COM FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ONFORME PACTUAÇAO

CID	Data de encaminhamento
52.2	03/09/2017 21:07:41

Romão Pontas
Médico
CRM-PB 9760

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH
Antisepsia e assepsia
colocado campos.

Incisão:

Anestesia, exposição do fratura exposto,
limpeza de detritos para prolongo

Achados: fratura cominuída do osso exposto + luxação cabeça rádio (monteggia)

Conduta: Acompanhado osso limpeado por planos
redução da cabeça rádio e fixação fratura
c/ placa de 10 furos e 7 parafusos
redução relativa da fratura por fratura cominuída
do osso.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento: Fratura por planos

OBS: Prescrição: Alta 3PO após atb

Dr. Filipe Menezes Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.583
TEOT 14.193

Data: 04/09/17

MÉDICO/CRM

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: alexandre gonçalves da silva

laudo médico

Declaro para fins trabalhistas que o paciente sofreu acidente de moto no dia 03/09/17, foi submetido à tratamento cirúrgico no mesmo dia de fratura da ulna direita exposta ao RX apresenta consolidação óssea.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID S52

05/09/18

Assinatura e Carimbo

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA.

LAUDO MÉDICO.

O paciente ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 03/09/2017, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior esquerda, fratura diafisária exposta em ulna esquerda.

Constatados o trauma por exame de imagem o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em 04/09/2017, onde foi aposta placa metálica DCP de 10 furos e 8 parafusos, conforme relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro superior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

CID 10: S52, T92.1.

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andadre Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 58136 Atd: Nao Ru
Data: 03/09/2017
Hora: 23:38:19
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA
Num. Prontuario: 2017.09.000389
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3675828 Fone: 986744734
Natural: IBIARA/PB Data Nasc.: 08/11/1994 Id: 22 ano(s)
End.: GRANJA SAO PAULO,00BAIRRO: MARIO ANDREAZA
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB
Mae: EDINALVA DA SILVA Pai: JOSE GONCALVES ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: PAI
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/BR 101
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

Queixa Principal
Encaminhado pela Baterias
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico
Conduta

Prescricao
Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

02

CERTIDÃO

Nº. 1688/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEXEIRA e de acordo com busca procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complex Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha d atendimento ambulatorial Nº58136 e prontuário de nº 2017.09.000389 pertencente **ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA** que foi atendido dia 03/09/2017 às 23H38mir vitima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço e cotovelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura d antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/09/2017 com alta médic dia 07/09/2017.

E para constar eu Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância á saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância á Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 03/09/12

Nome: Elixo do Porcalvo
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F ( ) M ( ) **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento** __/__/__

QPD: _____

HDA: Quando de cela

Pele deformada e ferida

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]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: _____

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa [ ]HTF

[ ]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 PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Alexandre Barcelos				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Dr Filipe Bate			1° Assistente: Dr Andrea	
2° Assistente:		3° Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura luxação mandíbula exposto 6 II	S522

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	S522

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Tratamento cirúrgico fratura anterior	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (✓) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

me EXANDRE GONCALVES DA SILVA						CNS	Prontuário
ta de Nascimento /11/1994	Idade 22A 9M 26D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDO	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
me da Mãe DINALVA DA SILVA			Nome da Pai JORGE GONCALVES ALVES				
dereço BERDADE - DE 2379/2380 A 3955/3956			Bairro SESI			Cep 58306000	
unicipio AYEUX - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (00) 00000000	
idade de saúde solicitante OSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H UCENA			CNES 2593282			Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

de de atenção primária LEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB

otivo do encaminhamento
LTA HOSPITALAR

esultado de exames complementares
ACIENTE COM FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ONFORME PACTUAÇAO

ID 52.2	Data de encaminhamento 03/09/2017 21:07:41

Médico
CRM-PB 9769

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH
Anestesia raqui
colocado campo.

Incisão:

Anterior, exposição do fratura exposto, limpeza 1C retirados para prótese

Achados: Fratura cominuída do colo exposto + luxação cabeça rádio (monteggia)

Conduta: Acima sob colo dissecado por planos, redução da cabeça rádio e fixação fratura c/ placa de 10 furos e 7 parafusos, redução relativa da fratura por fratura cominuída do colo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento: Sutura por planos

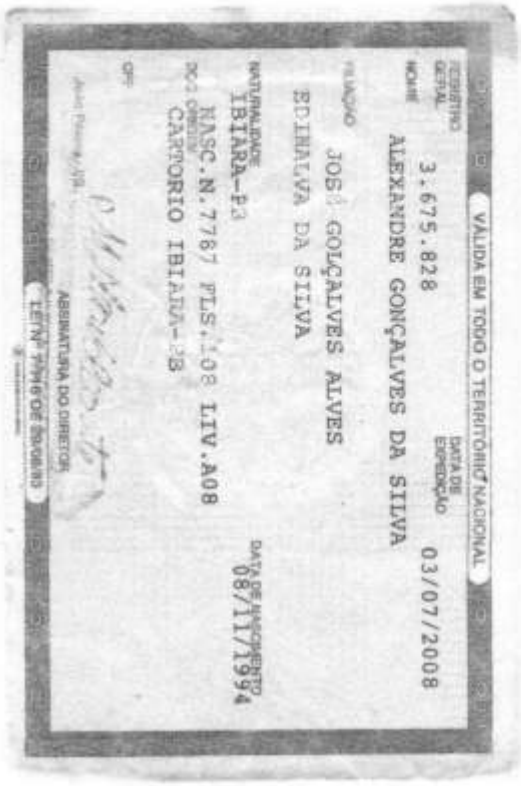
OBS: Imobilização: Alto 3PO após atividade

Dr. Filipe Almeida Bezerra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5.583
TEOT - 14.193

Data: 04/09/17

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.08
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.675.828
DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/2008
NOME ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA
FILIAÇÃO JOSÉ GOLÇALVES ALVES
EDINALVA DA SILVA
NATURALIDADE IBIARA-PB
DATA DE NASCIMENTO 08/11/1994
DOC ORIGEM NASC.N.7767 FLS.108 LIV.A08
CARTORIO IBIARA-PB
CPF
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
709.420.674-79

Nome
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

Nascimento
08/11/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

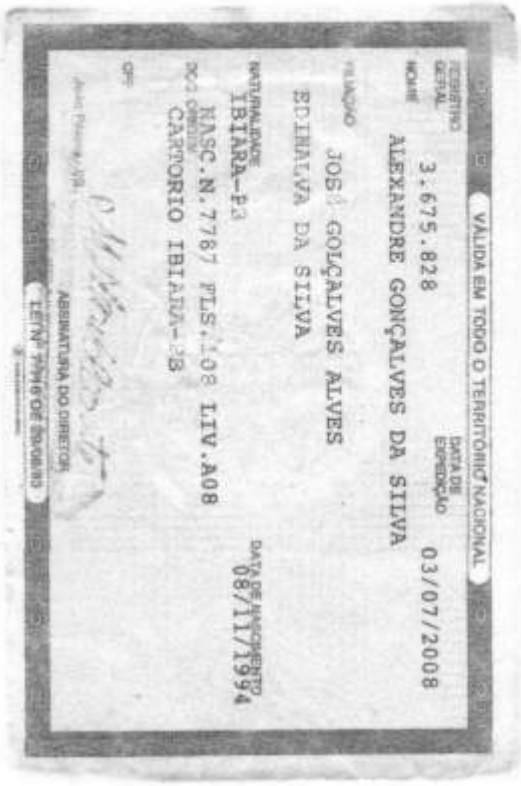
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.08
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.675.828
DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/2008
NOME ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA
FILIAÇÃO JOSÉ GOLÇALVES ALVES
EDINALVA DA SILVA
NATURALIDADE IBIARA-PB
DATA DE NASCIMENTO 08/11/1994
DOC ORIGEM NASC.N.7767 FLS.108 LIV.A08
CARTORIO IBIARA-PB
CPF
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
709.420.674-79

Nome
ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

Nascimento
08/11/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013136584910

PRC 20170000015434-7

LACRE 004452590

VIA	COD. RENAVAM	EXERCICIO
1	0110834722-0	00/00000000	2017

NOME: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 70942067479

PLACA: OFD1311/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB

CHASSI: 9C2KC2200HR502072

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL: ALCO/GAS

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB: 2016

ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2 P/162 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMIN.: PRETA

IPVA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA: 00/00/0000

1ª

2ª

3ª

FAIXA I.P.V.A: *******

PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********

IOF (R$): SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O

DATA DE PAGAMENTO: 19/01/2017

OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

LOCAL: BAYEUX-PB 42234

DATA: 24/01/2017

7003781

CONTRAN

PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA
30 ABR. 2013
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

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

PB Nº 013136584910 BILHETE DE 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

EXERCICIO: 2017

DATA EMISSÃO: 24/01/2017

VIA: 1

CPF / CNPJ: 70942067479

PLACA: OFD1311/PB

RENAVAM: 01108347220

MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB: 2016

CE TAR: 9

Nº CHASSI: 9C2KC2200HR502072

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 19/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

NOV-2016

7003781-1105241-20170124

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195014 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195014 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195014 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180389204 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA ULNA ESQUERDA + LUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195014 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Ivone S. Valice

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ELETRICISTA, CI RG nº 3.675.828, CPF/MF nº 709.420.674-79, residente e domiciliado(a) à Rua PROJETADA S/N MARIO ANDREAZZA, Cidade de BAYEUX, Estado PARAIBA, CEP: 583000-000, telefone 98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias 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.

Bayeux, 22 de janeiro de 2018.

Alexandre gonçalves da silva
OUTORGANTE

CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
Ângela Maria G. Caetano
TITULAR
Rosângela G. Caetano Maurício
substituta
Av. LIBERDADE, 430, JAYEDE - PB - CENTRO / CEP: 58.306-001 - Tel: (83) 3272-2205

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXANDRE GONÇALVES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ELETRICISTA, CI RG nº 3.675.828, CPF/MF nº 709.420.674-79, residente e domiciliado(a) à Rua PROJETADA S/N MARIO ANDREAZZA, Cidade de BAYEUX, Estado PARAIBA, CEP: 583000-000, telefone 98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias 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.

Bayeux, 22 de janeiro de 2018.

Alexandre gonçalves da silva
OUTORGANTE

CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
Ângela Maria G. Caetano
TITULAR
Rosângela G. Caetano Maurício
substituta
Av. LIBERDADE, 430, JAYEDE - PB - CENTRO / CEP: 58.306-001 - Tel: (83) 3272-2205