
Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO JOAO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180221603**
Vitima: **SEVERINO JOAO DA SILVA**
Data do Acidente: **27/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180221603.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO JOAO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180221603**

Vitima: **SEVERINO JOAO DA SILVA**

Data do Acidente: **27/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180221603**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/08/2017**. 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



Autorização de pagamento

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 e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

624.090.084-15

Nome completo da vítima

Silvana José da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/titular da conta	Profissão
Silvana José da Silva	624.090.084-15	Serralheiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Prof. Maria José de Souza Justino	204	
Bairro	Estado	
SIC Bezerra	PE	
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 3999-220995	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DIV CONTA NRO. DIV
0902 19 801 8
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name NRO

AGÊNCIA NRO. DIV CONTA NRO. DIV
19 801 8
(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 Lider 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.

20104/2013
renato. 14 de Janeiro de 2018
Local: COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A

Joe Pessa, 14 de Janeiro de 2018
Local: COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN. 2018
PR 0902010
AG. JOÃO PESSOA

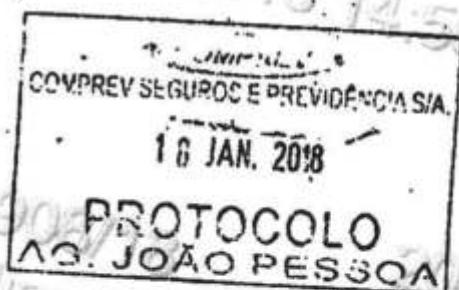
CÓPIA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017



ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:55:25



CÓPIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 014/2018

Aos TRÊS dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SAPÉ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SEVERINO JOÃO DA SILVA, conhecido por , Identidade nº 3317169-SSS/PB, CPF nº 674.090.084-15, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: serralheiro, filho(a) de João Severino Da Silva E De Josefa Maria Da Silva, natural de Guirinhé/PB, nascido(a) em 17/03/1964 (53 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Maria Jose De Souza Justino, Nº 204, Santa Luzia, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 27 de agosto de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:25min;
- 4) LOCAL: Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho (defronte a Policlínica), Centro, Sapé/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Dr. Sá Andrade em Sapé / Hospital Senador Humberto Lucena (Traumas) em João Pessoa;

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

Adailton Macedo Silva

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia do fato estava caminhando quando foi atropelado por uma motocicleta; Que não sabe quem é o motoqueiro e tambem não tem os dados da motocicleta; Que após ser atropelado foi socorrido pelo SAMU, tendo sido encaminhado so Hospital local Dr. Sá Andrade, de onde fora encaminhado ao Hospital de Traumas, tendo sido constatado segundo o Laudo Médico um FERIMENTO NO COURO CABELUDO + CONTUSÃO NO COTOVELO ESQUEDO (CID 10: S01.0 + S50.0)

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Sapé/PB, 03 de Janeiro de 2018.

SEVERINO JOÃO DA SILVA
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 155.664-9

09 MAIO 2018

COMPREV
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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 <i>Séverino José da Silva</i>	CPF da Vítima 634.090.007-15	Data do Acidente 23.10.2013
--	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou**
- O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou**
- O estabelecimento do IML que atende à 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 sujeitar à perda médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, na a os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

ASL-002490-18-10-13
COPPEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

18 JAN. 2016

PROTOCOLO

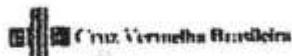
18/01/2016
JOÃO PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI.001 V001/2017

CÓPIA



Cabo Vermelho Barreiros

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAASL-002490/2018
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1023383

Comprovação do ato declaratório

Identificação do paciente

ID 1204476	Nome SEVERINO JOAO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53 anos 5 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Promotor
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA			
Esociedade	Responsável (Parentesco) SOLANGE MONTEIRO - ESPOSA(XA)			
DDD Até: 83	Fone Móvel 993159891	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3317168	Nº Cro		
Local de procedência: SAPE		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade GURINHEM	CBOR/RS		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO
Número 204	Complemento		Bairro SANTA LUZIA

Admissão

Data e Hora 27/08/2017 21:37:43	Número da pulseira 1000006005190	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso pôstulo Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos paciente descolado vítima atropelamento consciente orientado comente com cabecote desse veiculo seu fuso SV dunse juntate rebaga as escleras						

Diagnóstico

Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	CD
--	----

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

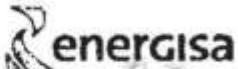
18 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Comprovante de residência

BOLANGE MONTEIRO DE OLIVEIRA
RUA PROFESSOR MARIA JOSÉ DE SOUZA JUSTINO, 561 - CENTRO
SAPE / PB CEP: 56340000 (AO: 511)



Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230 Km-25 Cidade Pernambuco - João Pessoa / PB - CEP: 56301-000 Referência Jul/2017 NPF medidor: 00003627452 Emissão: 14/07/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ/08-025.180/0001-40 Inscrição Estadual: 00001223141
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°0000500717
Carteira de Bônito Automatizada: 000001223141

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jul / 2017	14/07/2017	16/08/2017	72548721404 Int. EG
UC (Unidade Consumidora):			5/177.116-1

Canal de contato

Pretendo Clientizar:

A partir de dia 01, as contas contará com um novo layout para tornar ainda mais claras e comprehensivas as informações e os demonstrativos de consumo, ativações, tarifa e compensação da fatura. O novo layout não altera a apresentação das tarifas, impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente, dessa maneira só não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Letra	Data Letra			
13/06/17 12508	14/07/17 12678			
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade Total (kWh) Valor Base Cálculo Alq. Encargos Base Cálculo Preço Unidade Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS Cálculo(R\$) IPI(R\$) PIS Cálculo(R\$) ICMS(R\$) PIS(R\$)			
0801 Consumo em kWh	179.000 0,034870 108,85 108,85 27 79,88 109,85 0,00 4,07			
0801 Ativ. B. Amarrada	2,30 2,30 27 0,82 2,30 0,07 0,08			

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2017	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0803 MULTA 05/2017	7,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806 PARCELAMENTO DE DÉBITO 70/17	27,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 151,87 112,15 30,76 112,16 0,00 4,15

(Média últimos meses (kWh)) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

21/07/2017 R\$ 151,67

Histórico de Consumo (kWh)

172	170	178	180	170	185	185	201	182	188	178	185
Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mai/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Okt/16	Sep/16	Ago/16

1e6e.a45c.7a3b.4586.c68e.4a08.a4b8.bd2a.

Indicadores de Qualidade 6/2017-Sept

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIG MENSAL	8,87	0,00
DIG TRIMESTRAL	13,74	NOMINAL
OCANUAL	27,48	220
FIC MENSAL	3,48	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,97	LIMITE INFERIOR 202
OCANUAL	13,98	LIMITE SUPERIOR 231
DIGC	3,87	0,00
DIGT	13,22	

Observações	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia e PIS	29,26	19,82
Concessão de Energia	29,24	24,03
Serviço de Transmissão	1,04	1,26
Encargos Fiscais	10,19	8,72
Impostos Diretos e Encargos	47,35	31,25
Outros Serviços	27,30	18,00
Total	161,87	100,00

Venda de EURO (R\$ 5/2017) R\$ 48,28

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBTOS ANTERIORES", já renegociados, a suspensão 22/05/2017 do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o vencimento do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso

172,81

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:55:41

CONFIRME	COUPEX SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA
18 JAN. 2018	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Claro S/A
Rus Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTC RECIFE PE PB

MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPINO
58034-128 JOAO PESSOA PB

POSTAGEM: 13/11/2017 VENCIMENTO: 24/11/2017

015039-3

Comprovante de residência

7216210573412420000006291230131117

Fatura Digital "Faz um 21" mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso à sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse fazum21.com.br/contaporemail e realize seu cadastro.

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e accese o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:

Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:

Pacote Dial 21 Basico DDD

Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995
(Classe: E)
mês de referência:
Novembro/2017
data de emissão:
12/11/2017
nº da fatura:
0250104443326
nº da nota fiscal:
000000821
cód. para débito automático:
198388919-5

① Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

Resumo da sua Conta

Total dos Servicos (com descontos)

Total da Conta:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

RS 24,84
RS 24,84

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO	SERVIÇO
8330245995	DDD - Plano Básico
8330245995	Total
	Total do Resumo

PROTOCOLO
AO. JOAO PESSOA

CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
14	00:39:52	24,84
14	00:39:52	24,84
14	00:39:52	24,84

DDD - Plano Básico

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
83 30245995	Fixo / Fixo	83 32821019	13/10/2017	11:04:17	00:02:54	D2 Diferenciada	1,70
83 30245995	PILAR	83 32821019	17/10/2017	11:04:29	00:06:18	D2 Diferenciada	3,71
83 30245995	PILAR	83 32821019	20/10/2017	11:26:16	00:01:02	D2 Diferenciada	0,64
83 30245995	PILAR	83 32821019	31/10/2017	09:47:29	00:00:46	D2 Diferenciada	0,46
83 30245995	ITABAIANA	83 32812121	01/11/2017	10:09:33	00:00:39	D2 Diferenciada	0,40
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	01/11/2017	10:12:43	00:07:25	D2 Diferenciada	4,42
83 30245995	SAO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:05:58	00:12:22	D4 Normal	7,44
83 30245995	SAO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:19:04	00:00:52	D4 Normal	0,51
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:44:20	00:00:20	D2 Diferenciada	0,28
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:50:30	00:01:22	D2 Diferenciada	0,80

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Autenticação Electrónica - solicite a sua chave, basta ou pedir este ponto da fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA
198388919

NÚMERO DA FATURA
0250104443326

DATA DE VENCIMENTO
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

CÓPIA

30



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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Marcelo Antônio R. de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.702.864-137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Serginho José de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 674.080.024-115, 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	R. Rivaldo de M. Rondon, Pern.	Número	960	Complemento	Salão 204
Bairro	João Pessoa	Cidade	João Pessoa	Estado	PE
Email	marcelosilvone.odv@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	13	Telefone celular (DDD)	999336023

<p><i>João Pessoa, 08 de Janeiro de 2018</i></p> <p>Local e Data</p> <p><i>Assinatura do Declarante</i></p>	<p>de 2018</p> <p><i>COMPREV</i></p> <p>COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>16 JAN. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>JOÃO PESSOA</p>
---	---

CÓPIA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO JOAO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/03/64
NOME DA MÃE	JOSEFA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.023.383
DATA DO ATENDIMENTO	27/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	21:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO COURO CABELOU + CONTUSÃO NO COTOVELO DIREITO.
CID 10	S01.0 + S50.0

AVALIAÇÃO INICIAL

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste serviço, vítima de atropelamento(sic), consciente e orientado. Glasgow 15. TC de crânio: sem anormalidades. Ferimento contuso em região parietal à direita, trauma em cotovelo direito. Refere perda da consciência, Torax e abdome sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de cotovelo direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	28/08/17
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

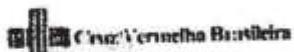
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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

PROTÓCOLO
AS. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

GOVERNO
DA PARAÍBA.

Boletim de Atendimento: 1023383



Identificação do paciente

ID 1204476	Nome SEVERINO JOAO DA SILVA			Sexo: Masculino
Data de nascimento 17/03/1964	Idade: 53 anos 5 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe: JOGEFA MARIA DA SILVA	Pai: JOAO SEVERINO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SOLANGE MONTEIRO - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993159891	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3317168	Nº Cns		
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade GURINHEM	CBOR		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO
Número 206	Complemento	Bairro SANTA LUZA	

Admissão

Data e Hora 27/08/2017 21:37:43	Número da pulseira 1000006005190	Comunicação SUS
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
---------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
------------------------	--

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
------------------------	--	--

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou
----------------------------------	------------------

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X: []	Sangue: []	Urina: []	TC: []	Líquor: []	ECG: []	Ultrasonografia: []
Dados clínicos <i>paciente descolado vítima atropelamento consciente orientado vacinado exame cabecudo coesse venoso seu fuso SV dúvida presente reagente exa examedo</i>						

Diagnóstico	Enfermeiro: COPEN-PB	Assinatura: Data: 27/08/2017	C.D. Termo 01 min.01 seg JAN/2017
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

27/08/2017 21:35

CÓPIA 5



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA DE SAÚDE**

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento
Nome do Paciente: <u>SOUZA JUNIOR GILSON</u> Data: <u>27/08/12</u>
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: <u>GOIAS</u>
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCANINHO PACTO DOS TRAÇOS
NOTO C-CITICO, NOMEADA A 770 1005
CONTANTE O NOME DE TANANARO-OCEAN-
TIC COMPANY, SORJOON TANANARO, E
CH N.57 COM ANDRÉS VIE FRANCA
EN TANANARO 15-16-90 MUNICIO E NGOR-
INTERDODOM DIREITA

Medicamento Administrado

Referenciado para: 1919 - Encuentro e Inicio

~~Contra referência~~

Motivo: AVACIAÇÃO DE MATERIAIS
Contra referência para: 10002-4 CÓP.

INSTITUTO NACIONAL DO
SEGURO SOCIAL - INSS
JOÃO PESSOA
10 JAN. 2018

Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Meus Atendimentos

Boletim de Atendimento 1023383

Pulseira 1000006005180

Prontuário

Nome SEVERINO JOAO DA SILVA

Data de nascimento 17/03/1964

Sexo M

Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA

Data de Entrada 27/08/2017 21:37:43

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EF
- Alergias
- CID10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Receptuário
- Atestado Médico
- Finalizar
- Doc. Comparecimento
- Doc. Acompanhante
- FICHA DE AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Sumário do paciente

Diagnosticos do atendimento

508.9 - Traumatismo não especificado da cabeça [ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA - 27/08/2017 21:53:24]

Continuar Atendimento Novo atendimento

ID	Data	Profissional
91557	27/08/2017 21:53:24	ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA

Especialidade	Conduta	Estado	Carregar	Imprimir
CIRURGIA GERAL		ABERTA	Carregar	Imprimir

Profissional ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA

Data 27/08/2017 21:53:24

Estado Aberta

Anamnese VITIMA DE ATROPELAMENTO.PÓLTIRUMATIZADO

DR. JOSÉ NEV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Histórico de Exames Do Prontuário

Parecer médico

Novo registro

Especialidade SELEÇÃO

Profissional

Motivo da solicitação

CÓPIA

IMPRIMIR

IMPRIMIR

IMPRIMIR Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado Mostrar a CID10 na impressão do atestado

ASL-0024908/18
Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR

20/04/2018 14:50:18
renato.dias
Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

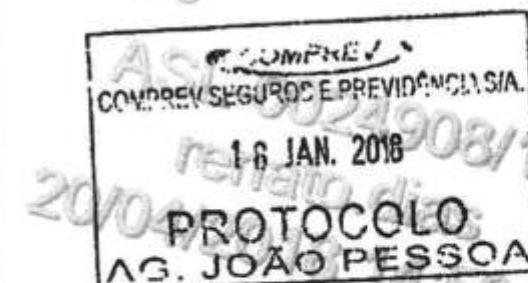
FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:50:18

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:50:18

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:50:18

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:50:18



CÓPIA

9



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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente SEVERINO JOAO DA SILVA	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA			Prontuário
Endereço PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 208	Bairro SANTA LUZIA	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43		Data/Hora Prescrição 28/08/2017 00:20:50	

Anamnese

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO; GLASGOW 15 VEIO COM FERIMENTO SUTURADO COM DRENO DE PENROSE EM FERIMENTO FEZ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIA INTRACRANIANA CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA; SUTURA DE FERIMENTO E RETIRAR DRENO;

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 1,0 AMPOLA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Sínto

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

SEVERINO JOAO DA SILVA

Dr. Ricardo R. Carvalho
Nº Cons. Regional
6628/PB
CIA DO BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

18 JAN. 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

CÓPIA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente SEVERINO JOAO DA SILVA	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa	
Data de nascimento 17/03/1954	Idade 53	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993159881 / (83) 993451862	
M&eacute; JOSEFA MARIA DA SILVA		Prontuário		
Endereço PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204		Bairro SANTA LUZIA	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional THAISE ELLEN DE MOURA AGRA	Nº Cons. Regional 5247/PB	
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43	Data/Hora Prescrição 26/08/2017 11:50:26			

Anamnese

NEUROCIRURGIA === PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR NEGA CERVICALGIA E LOMBALGIA TC CRANIO : SEM LESOES NEUROCIRURGICAS AGUDA JA DE ALTA DAS DEMAIAS ESPECIALIDADES CONDUTA: ALTA HOSPITALAR

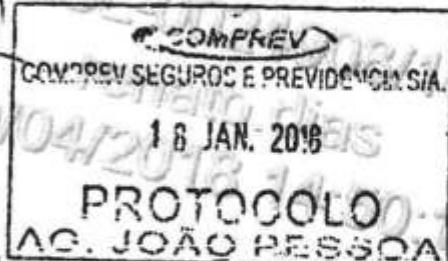
Conduta

Alta médica

Qra. Thaise Agra Texeira
Neurocirurgia
CRM 5247

**THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
(5247/PE)**

SEVERINO JOAO DA SILVA



CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente SEVERINO JOAO DA SILVA	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA			Prontuário
Endereço PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204	Bairro SANTA LUZIA	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Professional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6913/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43		Data/Hora Prescrição 28/08/2017 11:46:52	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 14H, APRESENTA FERIMENTO CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL À D, JÁ SUTURADO E COM DRENO LOCAL + EDEMA E EQUIMOSE EM COTOVELO D. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA + CURATIVO + PRESCREVO SAT.

CID10

Código	Descrição
S50.0	Contusão do cotovelo

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Dr. Alisson F. F. Vieira
CRM-PB 6913 / CRM-PE 17608
SBOT 12614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

SEVERINO JOAO DA SILVA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 JAN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COPIA


AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente SEVERINO JOAO DA SILVA	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA			Prontário
Endereço PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204	Bairro SANTA LUZIA	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43		Data/Hora Prescrição 28/08/2017 09:20:01	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 14H. APRESENTA FERIMENTO CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL À D. JÁ SUTURADO E COM DRENO LOCAL + EDEMA E EQUIMOSE EM COTOVÉLO D. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. NO RX DE TÓRAX. NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. AO EXAME FEGAL EUPNÉICO, CORADO, ACIDÔNICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA + CURATIVO + PRESCREVO SAT.

MEDICAÇÃO
TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CUIDADOS
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta
Em observação
ASL-0024903/18
 Ana Virginia L da Costa
 Cirurgia Geral
 CRM-4417

 ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
 (4417/PB)

ASL-0024903/18
COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ASL-0024903/18
 18 JAN. 2019

ASL-0024903/18
 SEVERINO JOAO DA SILVA

ASL-0024903/18
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
COPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

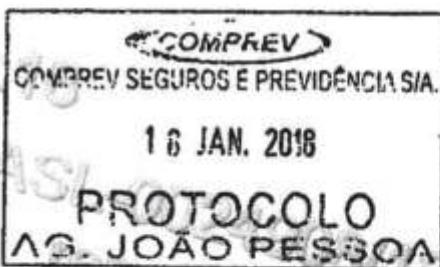
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Setor	Data de 17/03/1964	Idade 53	Sexo MASCULINO	Nº 1023383	Data Prescrição 28/08/2017 09:20:01
SEVERINO JOAO DA SILVA				Leito		Prescrição válida a 28/08/2017 09:20:01

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inj.	Patologia	Orientação de Uso	Agravamento
1 TEAMOGAMMA	1.0	UI		INTRAMUSCUL		AR	AGORA	
2) PARECER ORTO	0.0	AL						

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO CRM: 4417	28/08/2017	ANNE VICTORIA LIMA DA COSTA Assinatura é Síntimo do Profissional
---	------------	---



CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name SEVERINO JOAO DA SILVA	Data de nasc. 17/03/1984	Idade 53	Sexo MASCULINO	Nº 10233383	Data Prescrição 28/08/2017 00:20:50
Motivo do Atendimento ATROPELAMENTO	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 28/08/2017 00:20:50	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

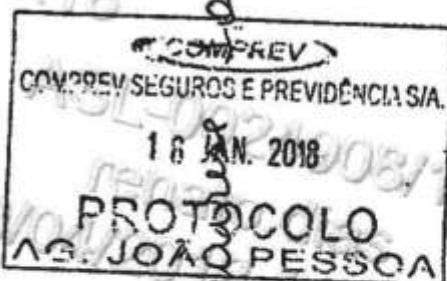
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA ZERO	0,0					NEENHUMA		
2 Solução Ringer Lactato 500ml	1500,0	ML		E.V.			24H	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.				
4 RANTIDINA 50MG/2ML (AMPOLA) Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.			12/12H	

28/08/2017 00:20:50

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

CRM: 6628

Assinatura e Carlinho do Profissional



CÓPIA

151



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000740376

Paciente: SEVERINO JOAO DA SILVA

Idade: 53 anos

Data: 27/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Hematoma subgaleal parietal a direita.

Discreta hemorragia subaracnóide em cisterna perimesencefálica a esquerda.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

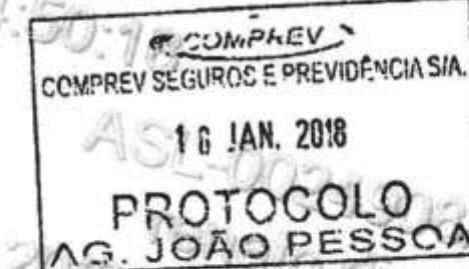
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente.



Este laudo foi liberado em 28/08/2017 11:25.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

CÓPIA

Documentos de Identificação

ASL-0024903/18
renato.dias
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024903/18
renato.dias
20/04/2018 14:52:27



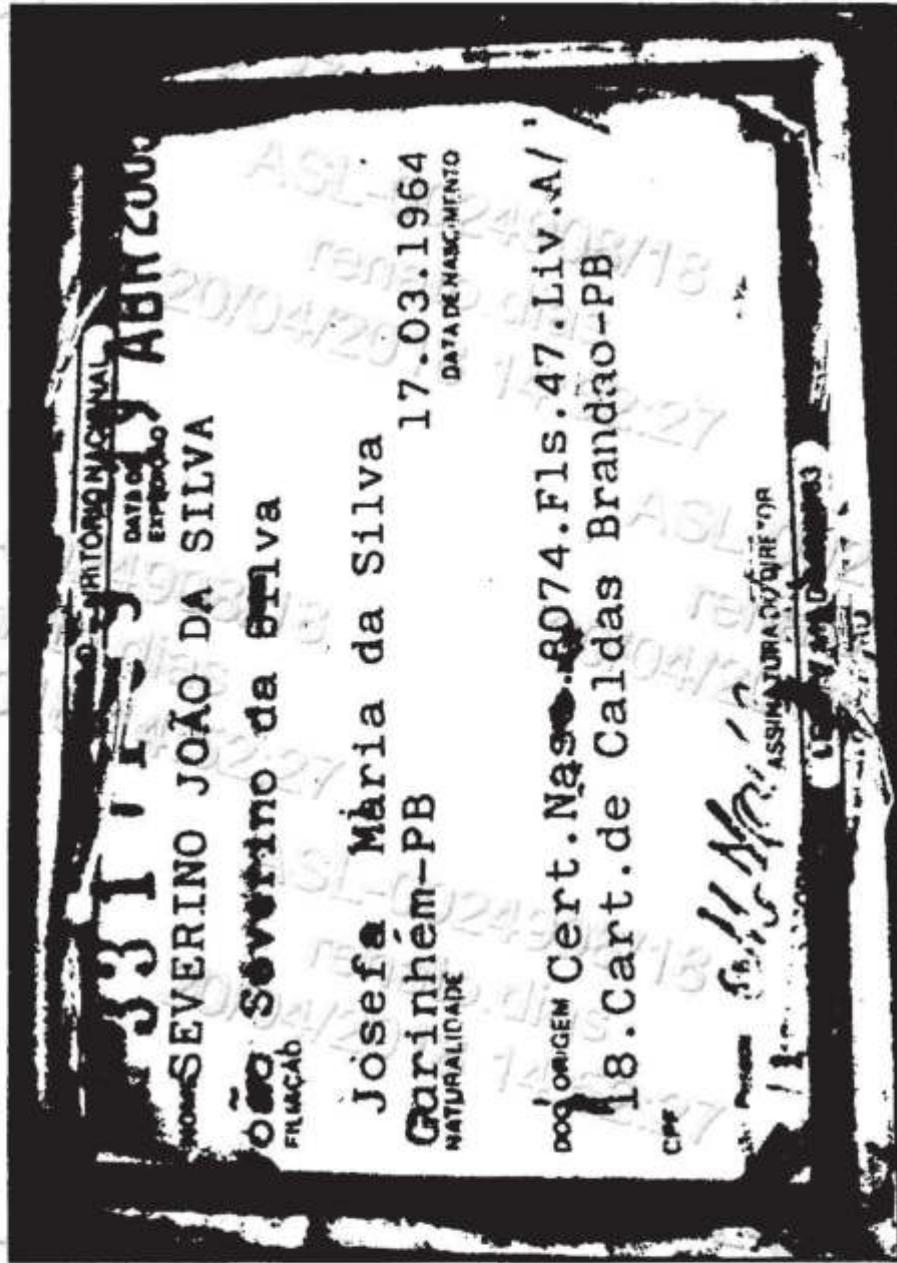
ASL-0024903/18
renato.dias
20/04/2018 14:52:27

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2018
PROTOCOLO
Nº. JOÃO PESSOA

ASL-0024903/18
renato.dias
20/04/2018 14:52:27

CÓPIA

17



CÓPIA

18

ASL-0024956/13
renato.dias
2010412013 14:52:27

AST-0024906/18
renato.dias
20104/2018 14:52:27



ASL-00
renai
2010/2011

A rectangular document with a white background and black text. At the top, it says "COMPROVANTE DE PAGAMENTO" in bold capital letters. Below that, it says "COMPROV. SEGURO-PREV. 2018". In the center, it says "16 JAN. 2018". At the bottom, it says "PROTÓCOLO" and "AG. JOÃO PESSOA". The entire document is framed by a thin black border.

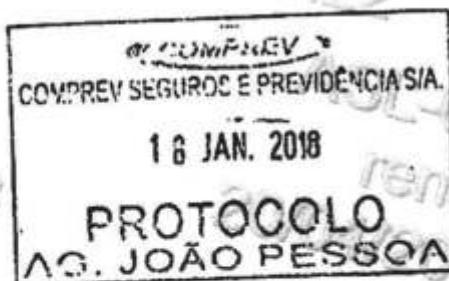
CÓPIA



ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:54:22

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:54:22

ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:54:22



ASL-0024908/18
renato.dias
20/04/2018 14:54:22

CÓPIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173268/18

Vítima: SEVERINO JOAO DA SILVA
CPF: 674.090.084-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO JOAO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Recado nº 3180221603

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação

Procuração

SEVERINO JOAO DA SILVA : 674.090.084-15

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2018

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF/CNPJ: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2018

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84



MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Data	Ação	Comentários	Visualizar
14/05/2018 06:50	Cancelar processo (regulação)	DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) cancelou o sinistro.	
12/05/2018 02:13	Carga realizada	Foi apresentado o aditamento ao B.O com a data correta do acidente (27/08/2017).	
09/05/2018 11:49	Emissão de protocolo	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
09/05/2018 11:49	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa .	
09/05/2018 11:49	Emissão de protocolo	Recebimento de documentos realizado por MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA (COMPREV SEGURADORA S/A).	
09/05/2018 11:48	Receber documentos	O seguinte documento foi recebido:	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sinistro	
		· Boletim de ocorrência.	
		DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:	
		Sinistro	
		· Boletim de ocorrência (Não conclusivo) - vide obs	
25/04/2018 16:16	Documentação pendente	Observações: - Aditamento ao B.O esclarecendo a data correta do acidente, uma vez que a ocorrência menciona a data do fato 27/10/2017 e já o boletim de primeiro atendimento informa que o acidente ocorreu no dia 27/08/2017.	
25/04/2018 16:15	Edição de pessoas	O usuário DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) editou os dados da pessoa SEVERINO JOAO DA SILVA.	
25/04/2018 16:08	Edição de pessoas	O usuário DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) editou os dados da pessoa MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA.	
25/04/2018 15:52	Edição de pessoas	O usuário DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) editou os dados da pessoa SEVERINO JOAO DA SILVA.	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180221603 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO NO COURO CABELUDO + TRAUMA CONTUSO EM COTOVELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLÍNICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS 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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

Procuração

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Silvino José da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóteiro
Profissão: Serralheiro
Identidade: 3.313.169 CPF: 674.090.084-15
Endereço: Rua Prof. Oswaldo Niemeyer, 360, sala 204, São Luís.

OUTORGADO:

Nome: Denis Antônio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Sargento
Profissão: Adm. Geral
Identidade: 21 CPF: 009.705.364-37
Endereço: R. Prof. Oswaldo Niemeyer, 360, sala 204

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, assim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT, conforme a vltima COMPRA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Sepe' 03/01/2018
Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral
Atende, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
SEVERINO JOSÉ DA SILVA
Endereço: Caixa Postal 7 - Centro
CEP: 58010-000 - Belo Horizonte - MG
Fone: (31) 3285-2341/3913-3163
E-mail: feli.silva@bol.com.br
An. Com. Remoto Sistema Oficial, 1746
Confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>

23

CÓPIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180221603 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO NO COURO CABELUDO + TRAUMA CONTUSO EM COTOVELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLÍNICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS 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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".