

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**

Carta nº 12823637



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 445/12Para 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

634.090.084-15

Nome completo da vítima

SILVERIO JOE DA SILVA

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Proibição
Silverio Joe da Silva	634.090.084-15	Sermalheira
Endereço	Número	Complemento
Rua Prof. Maria Fie de Souza Justino	204	
Bairro	Cidade	Estado
Stc Luzia	Sepe	PR
Email	CPF	Telefone (DDD)
	594340-000	(55) 999220997

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nº	
AGÊNCIA	DV	AGÊNCIA	DV
Nº		Nº	
0902			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA	DV	CONTA	DV
Nº		Nº	
19 801			
(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.

14 de Janeiro de 2018  
Local: Curitiba  
Assinatura do Beneficiário: [Assinatura]  
Assinatura do Representante Legal: [Assinatura]  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



ASL-0024908/18

renato.dias

20/04/2018 14:55:25

24908/18

o.dias

14:55:25

ASL-0024908/18

renato.dias

20/04/2018 14:55:25

ASL-0024908/18

renato.dias

20/04/2018 14:55:25

ASL-0024908/18

renato.dias

20/04/2018 14:55:25

ASL-0024908/18

renato.dias

20/04/2018 14:55:25

ASL-0024908/18

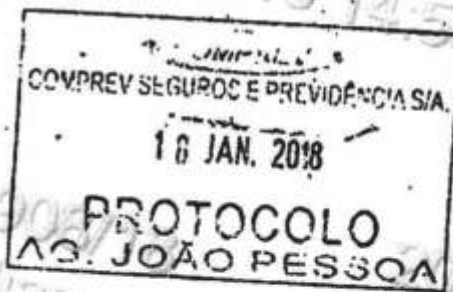
renato.dias

20/04/2018 14:55:25

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:**

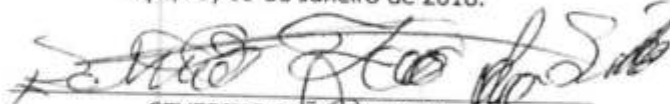
Que no dia do fato estava caminhando quando foi atropelado por uma motocicleta; Que não sabe quem é o motoqueiro e também não tem os dados da motocicleta; Que após ser atropelado foi socorrido pelo SAMU, tendo sido encaminhado ao Hospital local Dr. Sá Andrade, de onde fora encaminhado ao Hospital de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

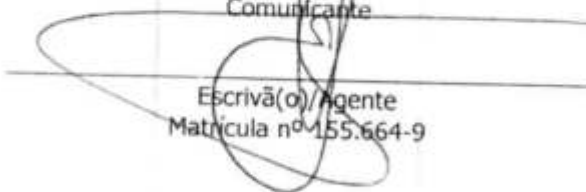
**9) OBSERVAÇÕES:**

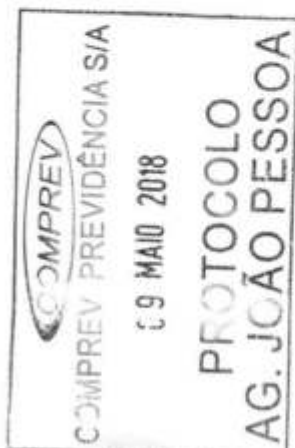
ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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





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

Severino José da Silva

CPF da Vítima

634 090 084-15

Data do Acidente

22.10.2017

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 em prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

COMPANHIA SUSEP SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 JAN. 2018

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA


João Pessoa, 14 de Janeiro de 2018  
Local e data


Severino José da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CÓPIA

# Ato declaratório

 Cruz Vermelha Brasileira

 Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

 GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1023383

Comprovação de ato declaratório

1000006005190

## Identificação do paciente

ID 1204476	Nome SEVERINO JOAO DA SILVA	Sexo Masculino
Data e hora de nascimento 17/03/1964	Idade 53 anos 5 meses 10 dias	Estado civil Prometido
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA	Religião	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SOLANGE MONTEIRO - ESPOSA(X)	
DDD IABe 83	Fone Móvel 993159891	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3317169	Nº Cns
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade GURINHEM	CBOR

## Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Lugar de residência 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 SAUDE	

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

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECO [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos: Paciente decubado vítima atropelamento, consciente, orientado, trauma leve, com fratura de fêmur direito, presente dor no local da lesão.

Diagnóstico	CD
Atenção por AYLA NICOLLE FERREIRA GOMES	Assinatura [Assinatura]

Imprimir

COM. REV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

18 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

## Comprovante de residência

1 000000 110 11011 11 110001

BOLANGE MONTEIRO DE OLIVEIRA  
RUA PROF. A. MARIA JOSÉ DE SOUSA JUSTINO, SN - CENTRO  
SAPE / PB CEP: 58340000 (AO: 51)

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Energisa Paraná - João Pessoa / PB - CEP: 58011-000  
CNPJ: 08.035.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 8-51-110-7180 Referência: JAJ/2017  
Nº medidor: 0000827453 Emissão: 14/07/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 580 717  
Código Jam Débito Automático: 0000177191

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

Conta referente a: Jul / 2017  
Apresentação: 14/07/2017  
Data prevista da próxima leitura: 16/08/2017  
CPF/CNPJ/RANI: 72646721404

UC (Unidade Consumidora): 5/177116-1

Canal de contato

## Prezado Cliente,

A partir deste mês, as contas concordam com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa, passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
13/08/17	12508	14/07/17	12878	31
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base
0001	Consumo em kWh	173,000	0,834870	108,85
0001	Adic. B. Amarela		2,30	2,30

## LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	9,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 06/2017	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 06/2017	2,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	PARCELAMENTO DE DÉBITO 70/17	27,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 151,67 112,15 30,76 112,15 0,00 4,15

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 21/07/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 151,67

## Histórico de Consumo (kWh)

172	200	178	180	170	165	185	201	182	188	178	198
Jun17	Jul17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16	Out16	Set16	Ago16	Jul16

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

## Indicadores de Qualidade 6/2017 - Set

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DC MENSAL	0,87	0,00	NOMINAL	220	18,87
DC TRIMESTRAL	13,74				24,03
DC ANUAL	27,48				1,24
FC MENSAL	0,48	0,00	CONTRATAÇÃO		10,19
FC TRIMESTRAL	0,97		LIMITE SUPERIOR	202	47,55
FC ANUAL	13,89				31,25
OMC	9,97	0,00			27,30
OCIC	12,22				161,67
					100,00

## ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso as FATURAS ANTERIORES, já vencidas, a suspensão 2205/2017 do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso 177,81

COMPANHIA  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
18 JAN. 2018  
LP/PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Claro S/A  
Rua 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 PLB  
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 a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse [fazum21.com.br/contaporemali](http://fazum21.com.br/contaporemali) e realize seu cadastro.

Visite nosso site [www.fazum21.com.br](http://www.fazum21.com.br), e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:

Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:  
Pacote Dial 21 Básico 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 Serviços (com descontos)

Total da Conta:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

R\$ 24,84  
R\$ 24,84

18 JAN 2018

Resumo por telefone/cartão faturado

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

PROTOCOLO  
AG. 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 30245995	PILAR	83 32821019	11/10/2017	13:04:17	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.

Atenção: Não desligue o aparelho e não deixe de pagar esta fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA  
198388919

NÚMERO DA FATURA  
0250104443326

DATA DE VENCIMENTO  
24/11/2017

VALOR DA CONTA  
R\$ 24,84

CÓPIA

20



# 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Antonio R. de Lucena inscrito (a) no CPF sob o Nº 009705864 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Servino José da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 674 090024 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. O. Valdo de M. R. de Peres</u>		Número <u>960</u>	Complemento <u>Sala 204</u>
Bairro <u>Paulista</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58</u>
E-mail <u>marcelolucena.odv@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(35) 999336023</u>	Telefone celular (DDD)

Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

16 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AS. JOÃO PESSOA



**LAUDO MEDICO**

**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 CABELUDO + 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 corto-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

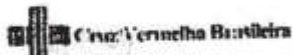
Dr. José de Almeida Braga

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

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1023383



### Identificação do paciente

ID 1234476	Nome SEVERINO JOAO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53 anos 5 meses 10 dias	Estado civil Religião
Mãe JOSEFA MARIA DA SILVA	Pai JOAO SEVERINO DA SILVA	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SOLANGE MONTEIRO - ESPOS(OA)	
DDD (Móvel) 83	Fone Móvel 993159891	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3317169	Nº Cns
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade GURINHÉM	CBO/R

### 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	Clínica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECO [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos: Paciente decubado vítima atropelamento, consciente, orientado, exame físico sem alterações, vítima de acidente de trânsito por falta de sinalização adequada presente sobre o acostamento.						
Diagnóstico						CD
Atendido por AYLA NICOLLE FEIJANDES GOMES						Tempo 07 min 01 seg

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

18 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

27/08/2017 21:35



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE

**HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE**

## Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente:

**Data:**

End.:

Bairro:

**Cidade:**

Unidade de origem:

Motivo de Encaminhamento

ENCANINHO PACETE. PÓS TRAUMA

NOTO CECIVITIO, ADVERTENCIA NO LEER  
CONTANTE EN REGISTRO TENDERO-OCUM-  
TAL, PLUMBERINGO CON JON INTER. E  
EN N.57 CON PROPOSICION FRUSTRADA  
EN TENDU JISTALGO BUNERO E REGI-  
INTERCOSTAL DINITA

Medicamento Administrado

**Referenciado para:**

**Contra referência**

**Motivo:**

Contra referência para

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
10 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA



## Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Meus Atendimentos

Boletim de Atendimento 1023383

Pulseira 1000006005100

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
- Recetário
- Atestado Médico
- Finalizar
- Doc. Comprometimento
- Decl. Acompanhante
- FICHA DE AVALIAÇÃO PRIMARIA

Sumário do paciente

Diagnosticos do atendimento

- S00.9 - Traumatismo não especificado da cabeça (ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA - 27/08/2017 21:33:24)

Continuar Atendimento Novo atendimento

ID	Data	Profissional	Especialidade	Conduta	Estado	Carregar	Imprimir
91557	27/08/2017 21:53:24	ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA	CIRURGIA GERAL		ABERTA	Carregar	Imprimir

Profissional ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA

Data 27/08/2017 21:53:24

Estado Aberta

Anamnese VITIMA DE ATROPELAMENTO.POLITRAUMATIZADO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Histórico de Exames Do Prontuário

Parecer médico

Novo registro

Especialidade SELECIONE

Profissional

Motivo da solicitação

CÓPIA

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

Enviar solicitação

Mostrar 100 registros

27/08/2017 22:09:24

27/08/2017 22:00:05

Mostrando de 1 até 2 de 2 registros  
Primeiro Anterior Próximo Último

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

Médico parecer

Situação

Aguardando

Aguardando

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

Especialidade

ORTOPEDIA

NEURO CIRURGIA

ADICIONAR

IMPRIMIR

IMPRIMIR

IMPRIMIR

Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado

Mostrar a CID10 na impressão do atestado

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

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

IMPRIMER

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

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

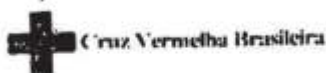
ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM

PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>SEVERINO JOAO DA SILVA</b>	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
Endereço <b>PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204</b>	Beiró <b>SANTA LUZIA</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43		Data/Hora Prescrição 28/08/2017 00:20:50	Prontuário

### 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

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)

Dr. Ricardo R. Carvalho  
Assinatura

CAIXA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>SEVERINO JOAO DA SILVA</b>	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
			Prontuário
Endereço <b>PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204</b>	Bairro <b>SANTA LUZIA</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>THAISE ELLEN DE MOURA AGRA</b>	Nº Cons. Regional 5247/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 21:37:43		Data/Hora Prescrição 28/08/2017 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 DEIXAS ESPECIALIDADES CONDUZA: ALTA HOSPITALAR

## Conduta

Alta médica

Dra. Thaise Agra Teixeira  
Neurocirurgia  
CRM 5247

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
(5247/PB)

SEVERINO JOAO DA SILVA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
18 JAN. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

CÓPIA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>SEVERINO JOAO DA SILVA</b>	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b>	Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862		Prontuário
Endereço <b>PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204</b>	Bairro <b>SANTA LUZIA</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6913/PB</b>
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 ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. AO EXAME= EGR, EUPNEÚICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + SOLICITO PARÊCER DA ORTOPEDIA + CURATIVO + PRESGREVO SAT.

## CID10

Código	Descrição
S50.0	Contusão do cotovelo

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

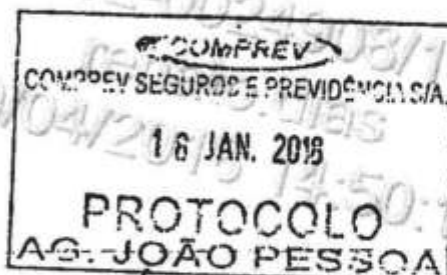
## Conduta

Em observação

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

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA  
(6913/PB)

SEVERINO JOAO DA SILVA



CÓPIA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>SEVERINO JOAO DA SILVA</b>	BAE 1023383	Data/Hora Entrada 27/08/2017 21:37:43	Data Bata
Data de nascimento 17/03/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 993159891 / (83) 993451862
Endereço <b>PROFESSORA MARIA JOSE DE SOUZA JUSTINO, 204</b>	Beiró <b>SANTA LUZIA</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	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 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 ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. AO EXAME= EGR. EUPNEICO. CORADO, ACANÓTICO. 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 (MGTSM)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

ANA VIRGINIA L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(4417/PB)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 JAN. 2018

PROTOCOLO

AS - JOAO PESSOA  
CÓPIA

SEVERINO JOAO DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	SEVERINO JOAO DA SILVA	Data de	17/03/1984	Idade	53	Sexo	MASCULINO	Nº	1023383	Nº		Data Prescrição	28/08/2017 09:20:01
Motivo do Atendimento	ATROPELAMENTO	Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	28/08/2017 09:20:01				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Aparçamento
1 TETANOGAMMA	1.0	UI	INTRAMUSCULAR	AR	AGORA		
2) PARECER ORTO	0.0						

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
CRM: 4417

28 de Agosto de 2017

Ana Virginia L. da Costa

Assinatura e Rubrica do Profissional

Assinatura e Rubrica do Profissional

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

CÓPIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	SEVERINO JOAO DA SILVA	Data de	17/03/1984	Idade	53	Sexo	MASCULINO	Nº	1023383	Nº		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

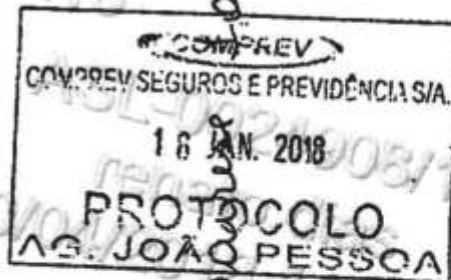
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação da Uso	Aproximado
1 DIETA ZERO	0.0			NENHUMA				
2 Solução Ringer Lactato 500ml	1500.0	ML		E.V.		24H		
3 DIFERON 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA)	1.0	AMP		E.V.		12/12H		
Diluir em: AGUA DESTILADA	1.0	AMP						

28 de Agosto de 2017

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

CRM: 6628

Assinatura e Carimbo 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(s).*

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

Dr. Igor Motta de Aquino

CRM: 6512- PB

**CÓPIA**

Documentos de Identificacao  
1 000000 000 0000 0000 0000 0000 0000

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
10 JAN, 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

CÓPIA

331111  
 SEVERINO JOÃO DA SILVA  
 João Severino da Silva  
 FILIAÇÃO  
 Josefa Maria da Silva  
 Garinhém-PB  
 NATURALIDADE  
 17.03.1964  
 DATA DE NASCIMENTO  
 DOQ ORIGEM Cert. Nas. 8074.Fls. 47. Liv. A/  
 18. Cart. de Caldas Brandão-PB  
 CPF  
 ASSINATURA DO DIRETOR  
 18 JAN 2018

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 18 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

**INSTITUTO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**674.090.084-16**

Nome  
**SEVERINO JOAO DA SILVA**

Nascimento  
**17/03/1964**

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:52:27

**COMPREV**  
COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA S/A.  
16 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA

CÓPIA

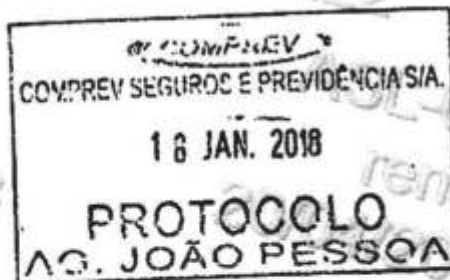


ASL-0024908/18  
renato.dias  
20/04/2018 14:54:22

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



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

### 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

Recadentao  
3180 22 1603

#### 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](http://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

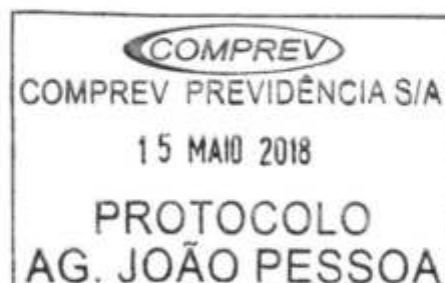
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

#### 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 08:50	Cancelar processo (regulação)	DAYSIELLE RIBEIRO DE OLIVEIRA (BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG) cancelou o sinistro. Foi apresentado o aditamento ao B.O com a data correta do acidente (27/08/2017).	
12/05/2018 02:13	Carga realizada	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 11:48	Receber documentos	Recebimento de documentos realizado por MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA (COMPREV SEGURADORA S/A). O seguinte documento foi recebido:  Sinistro  - Boletim de ocorrência.	  
25/04/2018 16:16	Documentação pendente	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 16:15	Edição de pessoa	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. 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 pessoa	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 pessoa	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:**

Karla Souza

1 234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

**OUTORGANTE:**

Nome: SPERDINO DA SILVA Est. Civil: Solteiro  
 Nacionalidade: Brasileiro  
 Profissão: Semelhante  
 Identidade: 3.317/69 CPF: 634.040.084-15  
 Endereço: Rua Prof. Manoel de Souza Justino n. 204, 31 duze

Nome: Oswaldo Antonio Rodrigues de Lucena  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Separado  
 Profissão: Advogado  
 Identidade: 21 CPF: 009 705.364.37  
 Endereço: R. Prof. Oswaldo Miranda Pessoa 260, 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT, para a última

Indenização do Seguro Obrigatório-DPMAT, COMPENSAÇÃO a  
Superma José de Sá COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 16 JAN. 2018

18 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Sepi' 03/01/2018

## Local e data

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

22

CÓPIA

(F) **Feliciano da Silva**  
 Serviço Notarial e Registral  
 Técnico, como autenticador e verificador,  
 EXERCIUO JORN DA SILVA  
 a test.de verdade. Supr-PR 03/01/2018 15:50:14  
 Lucilene Cavalcante de Freitas-Santos - Escrevente  
 2018-00057010-05 89 33 FAPEN-PR, 0,20 FEP-PR 1,87  
 SEL DIGITAL 1402562-APEN  
 Confirma a autenticidade em <https://sel.digitall.br/tjpb-jus>

# 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:**

Karla Souza