Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE IVANILDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180233720**
Vitima: **JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data do Acidente: **11/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180233720.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE IVANILDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180233720**
Vitima: **JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data do Acidente: **11/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180233720**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE IVANILDO DA SILVA**

Sinistro: **3180233720**
Vítima: **JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data do Acidente: **11/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180233720** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta n°: 12978893

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Nº Sinistro:	**3180233720**
Vitima:	**JOSE IVANILDO DA SILVA**
Data do Acidente:	**11/07/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JOSE IVANILDO DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000220**
Conta: **000006448-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.362,50**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R$	**2.362,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIARIO 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	Nome completo da vítima
	317.699.261-53	José Ivanildo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Ivanildo da Silva
CPF titular de conta: 317.699.261-53
Profissão: Pedreiro
Endereço: Raimundo de Carvalho Nobrega
Número: 936
Complemento: -
Bairro: Cristo
Cidade: José Pureza
Estado: PB
CEP: 58070-402
Email: alexandrocesarduarte@hotmail.com
Telefone (DDD): 9 8663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

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

AGÊNCIA (NNN)	DV	CONTA (NNN)	DV
0220		6448	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (Informe o banco)
BANCO (NNN)

AGÊNCIA (NNN)	DV	CONTA (NNN)	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

COMPREV SEGURO DE VIDA
21 JAN 2016

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.

José Pureza 07 de Janeiro de 2016
Local e Data

José Ivanildo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017

0220.043.6448-1

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu cartão magnético de Poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 Reclamações, sugestões e elogios.

0800-726 2492 Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.

0800-725 7474 Ouvidoria

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180233720
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ivanildo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Raimundo de Carvalho, 986
Cristo Redentor Joao Pessoa PB CEP: 58070-402
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4687959
Data local do acidente: [11/07/2015]
Data local do exame: [11/06/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA MÃO DIREITA (QUARTO E QUINTO METACARPOS).

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHINNER QUE JÁ FORAM REMOVIDOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 27/10/2015

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA MÃO DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO DIREITA.

Caso a resposta do item V seja "“Não"”, concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518

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

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00149.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00149.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:03 horas do dia 29 de janeiro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, matrícula 1527711, e lavrado por Rivaldo Marcos de Souza Melo, Agente de Investigação, matrícula 1373650, ao final assinado, compareceu **JOSÉ IVANILDO DA SILVA** , RG nº 2638491 SSP/PE/PE, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão PEDREIRO, filho(a) de MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO e JOSÉ MENDES DA SILVA, nascido(a) em 14/04/1960 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. RAIMUNDO CARVALHO DA NÓBREGA, Nº 986, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência PRÓXIMO AO PARQUE DE EXPOSIÇÕES, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98632-2805.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/07/2015, APROXIMADAMENTE 13:30 HS, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, COR ROXA , ANO 2011/2011, PLACA NPY 0364/PB, CHASSI: 9C2JC4120BR701586,REGISTRADA EM NOME DE JULIO CESAR DA SILVA RODRIGUES, PELO BAIRRO COLINAS DO SUL , NESTA CAPITAL, AO TENTAR LIVRAR UM CACHORRO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO CAINDO AO SOLO E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO VEIO A SOFRER FRATURA DO 4º E 5º METACARPO. TENDO SE DIRIGIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA . NESTA CAPITAL ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDEDIMENTOS MÉDICOS.

ADENDO(S):

Que na data 23/02/2018, à(s) 08:22 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: obs Onde se ler dia 12/07/2015, na verdade é para se ler 11/07/2015, data do Fato. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

Que na data 19/04/2018, à(s) 11:25 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE, VEIO FAZER ADENDO DA QUEIXA REGISTRADA SOB O Nº001149.01.2016.1.02.202, QUE RELATA: ONDE SE LER DIA 12/07/2015, NA VERDADE É PARA SE LER 11/07/2015./ Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

João Pessoa/PB, 19 de abril de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

JOSÉ IVANILDO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00149.01.2016.1.02.202

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
João Inocêncio da Silva	317.699.264-53	12-07-2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☑ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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.

João Pessoa 07 de Janeiro de 2016

Local e Data

João Inocêncio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPANHIA PARAIBANA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 31 JAN. 2018 PROTOCOLO

DALL001 V001/2017

ATO DECLARATORIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 173954 Atd: Nao Reg
Data: 12/07/2018
Hora: 18:50:58
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 3
Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA
Num. Prontuario: 2018.03.00240
CNS: 898001232086411 Sexo: M, IDENTIDADE: 2638491 Fone: 86322805
Natural: SAO VICENTE FERRER/PE Data Nasc.: 14/04/1960 IC: 55 ano(s)
End.: RUA-RAIMUNDO CARVALHO DA NOBREGA, 986
Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: JOSE MENDES DA SILVA
Mae: MARIA DO CARMO DA CONCEICAO
Ocupacao: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSE IVANILDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 86322805 / IDENTIDADE: 2638491
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte Utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO SABADO NAO SOUBE INFORMAR
Vitima de violência por: PACIENTE VEIO DO TRAUMA GRANDE
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Perc. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
[ ] Carregado [ ] Cadeira [ ] Maca
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Agitado
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[X] Regular [ ] Chorando
[ ] Vomito
Observacao

COMPREV
COMPREV SEGURO SOCIAL PREVIDENCIARIA
21 JAN. 2018
PROTOCOLO

Queixa Principal
PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA DA CABECA DE 4º,5º MTC E FRAT. DE ZIGOMATICO.

Produto Homill frame para internamento

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Fratura 4º e 5º MTCD
frat. tornozelo

Diagnostico
Conduta

Medicacao
Horario da medicacao

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 1301

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00220

CONTA: 000000006448-1

Nr. da Autenticação 222EBB7B723DC9CA

JOSE IVANILDO DA SILVA
RUA RAIMUNDO DE CARVALHO NOBREGA, 995 / BOA ESPERANDA - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA / PB CEP: 58070-403 (AQ: 1)

Emissão: 15/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subcla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 9/220, KHDS - Grupo Rotativo: Dia 15 Fase(s): PB - CEP 58071-400
Roteiro: R-3-242-5843 Nº Medidor: 0000834198

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.049.401/0001-40 Insc. Est. 16018-0054

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Número 637.508
Cód. para Déb. Automático: 0000838175

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	15/12/2017	15/01/2018	31769926453 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/838175-8

Canal de contato

- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações ligue para o MDSA - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2017.
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empine pipas perto das redes de rede elétrica e não se retire caso fiquem presas na rede. E nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, mas se brincar...

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
15/11/17	8933	15/12/17	9043	1	110	28

Demonstrativo

COD	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributo	Valor	Base Calc.	Aliq.	Icms(R$) / ICMS(R$)	Base Calc. Pis(R$) / ICMS	Pis(R$) / Cofins(R$)	Cofins(R$) / (0,0836%) / (0,7255%)
0601	Consumo em kWh	110,000	0,722380	79,46	79,46	27	21,45	79,46	0,64	2,96
0601	Adic. B Vermelha			6,37	6,37	27	1,72	6,37	0,05	0,23
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
2907	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			3,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
50	Cobrança de Crédito/Débito		TOTAL	89,26	85,83		23,17	85,83	0,69	3,19

COMPREV
COMISSÃO DE SEGURIDADE E PREVIDENCIA
31 JAN. 2018
PROTOCOLO

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	22/12/2017	R$ 89,26

Histórico de Consumo (kWh)

87	93	99	98	99	106	126	90	91	95	116	89
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

e7aa.c6c3.0309.ae27.7a7a.6ac3.941e.0904.

Indicadores de Qualidade 10/2017. Grupo

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	2,19	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,38	
DIC ANUAL	20,77	
FIC MENSAL	2,96	1,20
FIC TRIMESTRAL	8,72	
FIC ANUAL	17,44	
DMIC	7,94	0,00
DIC R	12,22	

Limite de Tensão (V)		
NOMINAL	220	
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR	202	
LIMITE SUPERIOR	231	

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	21,37	23,95
Compra de Energia	25,44	28,50
Serviços de Transmissão	2,23	2,50
Encargos Setoriais	4,98	5,58
Impostos Diretos e Encargos	35,43	39,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	89,26	100,00

Valor em US$ (Ref. 12/2017) R$ 3,3015

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) [illegible] em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/12/2017 Conforme Resolução 414 ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estiver na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

Faturas em atraso

Nov/17	57,25
Out/17	68,97
Set/17	45,26
Ago/17	42,73
Jul/17	41,81
Jun/17	49,25
Mai/17	61,83
Abr/17	42,08

PARAIBA
Roteiro: R-3-242-5843
Matrícula: 838175-2017-12-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/12/2017	R$ 89,26

83650000000-2 89260149000-6 08381752017-0 12500002019-3

ASL-004198/18
natalia.silva.0111
21/05/2018 14:30:50

ALEXANDRIA CESAR DUARTE
AV MARIA FELIX 1005B
MANAUS
69038-450 AMAZONAS

CAMPANHA VALIDA PARA FATURA, DEBITO AUTOMÁTICO E DÍVIDAS ACESSE NET CONTIGO

Minha NET:

Código NET
907/013314867

CPF/CNPJ
046.502.754-74

Vencimento
25/09/2017

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

Valor
194,64

COMPREV
COMPREVSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
24 JAN. 2018
PROTOCOLO

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Lucivalho da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 317 699 264 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Lucivalho da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 317 699 264 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

Apresentou documentos comprobatórios:

UNIPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTOCOLO

X Recusa 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	Número	Complemento
Av. Maria Rosa	58	
Bairro	**Estado**	**CEP**
Mangueira	PB	58038-460
Cidade	**Telefone comercial (DDD)**	**Telefone celular (DDD)**
João Pessoa	(83) 99105-5363	(83) 99362-1170
Email		
alexandra.cesar.duarte@hotmail.com		

João Pessoa 29 de janeiro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDPVL.001.V002/2017

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, [illegible], RG nº 2.780.841, data de expedição __/__/__, Órgão _____, portador do CPF nº 075.311.514-66, com domicilio na cidade de João Pessoa, no Estado de PARAÍBA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) R. FRANCISCO SÃO PAULO Nº 27, nº _____, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima José Juarez da Silva, cujo o condutor era José Juarez da Silva

Veiculo: Moto
Modelo: Honda, CG125 FAN ES
Ano:
Placa: NPY0364/PB
Chassi: 9C2JC4120BR201586
Data do Acidente: 12/04/15
Local e Data: João Pessoa, 04/01/16

OFICIO DISTRITAL

[illegible]
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconhecem Por Autenticidade a firma de JULIO CESAR [illegible] SILVA RODRIGUES, JP, João Pessoa-PB, 07/01/2016 13:45:57
Emol R$8,49 Fapen:R$0,25 Fepa:R$1,70 ISS R$0,42. Em testemunho da verdade. TABELIÃ SUBSTITUTA FLAVIA KELY FERREIRA. Selo Digital ACP48992-JSV Consulte https://selodigital.tjpb.jus.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN 2016
PROTOCOLO

Hospital Municipal de Emergência e Trauma Senhor Heberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento Emergencial: 850839

Identificação do paciente

ID: 316861	Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 14/04/1960	Idade: 55 anos 2 meses 27 dias	Estado Civil: VIUVO(A)	Religião: NAO INFORMADA
Mãe: MARIA DO CARMO DA CONCEICAO			Pai: JOSE MENDES DA SILVA
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco): CLECIA DANIELE - FILHO(A)
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 987434779		DDD Fixo / Fone Fixo
Tipo documento: NAO INFORMADO	Número documento		Nº Cns: 898001232086411
Local de procedência: COLINAS DO SUL			Tipo: BAIRRO / UF: PB
Email	Naturalidade: SÃO VICENTE FERRER		CBO/R

Endereço

CEP: 58070004	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: Evilásio
Número: SN	Complemento: RAIMUNDO CARVALHO DA NOBREGA - 986 - CRISTO		Bairro: Cristo Redentor

Admissão

Data e Hora Prevista: 11/07/2015 14:08:07	Número da pulseira: 3245841		Convênio: SUS
Especialidade: CLINICA MEDICA		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco: VERMELHA			Origem do paciente: RUA
Caráter de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Sim	Trauma: Não
Meio de transporte: SAMU		Quem transportou: SAMU	

Sinais Vitais

PA: 131 x 90 mmHg | Pulso: 71 | Temperatura: 97°C

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por: ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS | CID | Tempo: 04min 02seg

Imprimir

COMPREV Coordenação Superior de Previdência SIA
21 JAN 2016
PROTOCOLO

Enfermeiro

11 07 15

11 07 2015

Primeiro Atendimento Médico

BE 850839

3248941
JOSE IVANILDO DA SILVA
DT. NASC 14/04/1965
MAE: MARIA DO CARMO DA CONCEICAO

END RUA [illegible]
N SN - Cristo Redentor
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 987424779
IDADE: 49
DT. ENTRADA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

[illegible]

EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS ( ) Férvias ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade ( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMURIO VESICULAR

HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

2 - RUIDOS

( ) sim — HTD: Roncos, Sibilos, Estertores — HTE: Roncos, Sibilos, Estertores

( ) Não

FR: _____ irsp SaO2: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITIMO: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO: ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não

FC: ____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas Diferença = _____ (mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, contato social, fixa e segue objetos	5	Obedece após comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	
				Nenhuma	
TOTAL: 15					

F(NG) CC[illegible]

RECONHECO A FIRMA DE JOSE IVANILDO DA SILVA
[illegible] 2018
[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: JOSE IVANILDO DA SILVA
BE: 850839
DATA: 19/7/2015 09:34
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 11/07/2015

RX. MÃO DIREITA AP E OB
FRATURA NO QUARTO E NO QUINTO METACARPIANOS.

RX. SEIOS DA FACE: MENTO-NASO E FRONTO-NASO
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS
NÃO VISIBILIZAMOS IMAGEM DE FRATURA.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BRAÇO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS
AUSÊNCIA DE FRATURA.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

MCR

11/07/15 ortopedia
Paciente sistema de
escala de dolor
apresenta um exame
que não D.
Demais seguintes
diversos alterações
[illegible] não apresentam
[illegible] Sol Ramos D.

Rosilda Cristina Batista
Ortopedista / Traumatologia
CRM 5695 TEOT 13403

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
AS 09 JAN. 2018
PROTOCOLO

Aulyes Luiz Jorge Alves
Chefe [illegible]

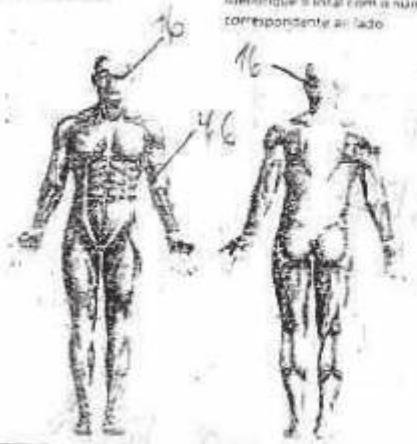
ASL-004195/18 natalia silva 21/01/18 14:27:18

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim:
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim:
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim:
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão
2 Amputação
3 Avulsão
4 Contusão
5 Crepitação
6 Dor
7 Edema
8 Empalamento
9 Efisema subcutâneo
10 Esmagamento
11 Equimose
12 F. Arma Branca
13 F. Arma de Fogo
14 F. Contuso
15 F. Cortante
16 F. Corto-Contuso
17 F. Perfuro-Contuso
18 F. Perfuro-Cortante
19 Fratura Óssea Fechada
20 Fratura Óssea Aberta
21 Hematoma
22 Ingurgitamento Nervoso
23 Laceração
24 Lesão Tendínea
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento toracico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
30 Paralisia
31 Paresia
32 Parestesia
33 Queimadura
34 Rinorragia
35 Sinais de Isquemia
36

OBS.:

COMPEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 31 JAN 2018 PROTOCOLO

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Alta Trauma		Gustavo Carneiro Leão Cirurgia Geral CRM 24857
2			
3			
4	Hidrocortisona 500mg EV na manhã		
5	Dipirona 1g (2ml) EV 6/6h		
6	Alta Cirurgia Geral		
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Pneumo / Ortopedia às : do dia / /
Solicito parecer da / às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA
HORAS:

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferencia (unidade de saúde)
( ) Internado (setor)
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Obito ( ) Ate 48 hs ( ) Após 48 hs ( ) Familia ( ) IML ( ) SVO

ASSIN
ATURA/CARIMBO

ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-2

NCR

11/07/15 ortopedia
Paciente vítima de queda de nível apresenta dor e edema no pé D.
Demais segmentos livres ao exame
OBS: Pct não cooperativo
CD Sol Remição D

Rodrigo Coimbra Cirurgião Ortopedista Traumatologista CRM 6813 TEOT 13403

11/7/15
Paciente com histórico de quedas de andaime
Relato de perda de consciência.
→ Cu exame:
- Glasgow 15
- Sem déficits focais → ad =
- Pupilas isocóricas TCE
- Fratura exposta → ad =
→ Pé D crônico
- Sem fraturas recíditas
- TC de crânio
- observação neurológica

BMF: 11/07/15 (18:20h)
Paciente vítima de acidente motociclístico. Apresenta-se, no momento, consciente, orientado, eupneico, normocorado, hígido, movimentando os quatro membros. Ao exame físico de face, movimentos oculares e acuidade visual preservados, FCCam corto lateral direito (E), aparentemente direito em corpo de zigoma. FCCam região retro-auricular (D). Ao exame otoscópico FCCam em região retro-auricular (E) não palpável, pulsátil, pulsátil.
CD: ① Internação dos pacientes
② Solicitação de exame tomográfico para definição de conduta
③ Revalidação BMF

Autran da Nóbrega Alves
Cirurgião BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO-PB: 4072

COMPREV SEGURÓS E PREVIDÊNCIA
31 JAN. 2018
PROTOCOLO

Otoredio
Paciente pouco cooperativo, c/ fat de stress do 4º e 5º MTC fechado c/ desvio solicitado tomografia p/ ortopedia conduta
CD: [illegible]

JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

12.07.15

FATURADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ITEM EXCLUSO

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

12/07/15

Nº 2015 03 00340

NOME DO PACIENTE: José Bonifácio da Silva

ENFERMARIA: HN 08 LEITO: 25

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
24 MAI 2018
PROTOCOLO

DIGITADO

EM 01/09/15

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Planilha de Faturamento Hospitalar

CIRÚRGICA

AIH: 2515100505250	PRONTUÁRIO: 201503034O	DATA ENTRADA: 12/07/2015	DATA SAÍDA: 12/08/2015
NOME DO PACIENTE: José Inácio da Silva			
CNS: 898001232086411		DATA NASCIMENTO: 14/04/1960	
NOME DA MÃE: Maria do Carmo da Conceição			
ENDEREÇO: Rua Raimundo Carvalho			NUMERO: 986
BAIRRO: Cristo	MUNICIPIO: João Pessoa		TELEFONE: 9863225

PROCEDIMENTO SOLICITADO	MUD PROC	PROCED. REALIZADO	MOD. ATENDIMENTO	ESPECIALIDADE LEIT
0408020342	SIM (NÃO)	0408020377	HOSPITALAR	01 - Cir. 09 - L. D

CARATER DO ATEND.	CID PRINC.	CID SECUND.	ENFERMARIA	LEITO	MOTIVO DA ALTA	CAUSA MORTE
01- Eletivo (02- U/E)	S624	V289	08	25	12	—

CNS SOLICITANTE	DATA AUTORIZAÇÃO	FATURISTA
700146121900 06	12/07/2015	Kalyna

AIH ANTERIOR: | AIH POSTERIOR:

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	QTD.	QTD.	CNS	CBO	CNE
CIRURGIÃO	0408020377	01		700146121900 06	225270	23996
1º AUXILIAR						23996
2º AUXILIAR						23996
3º AUXILIAR						23996
ANESTESISTA	"	"		980016281871478	225151	23996
OPM						23996
OPM						23996
OPM						23996
OPM						23996
OPM						23996
AIH ESPECIAL						23996
CATETER	07.02.04.015-0					23996
INST. CATETER	03.09.06.001-0					23996
HEMODIALISE	03.05.01.013-1					23996
CURATIVO GRAU II	04.01.01.001-5				225109	23996
						23996
						23996

COMPETÊNCIA
COORDENADORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR
31 JAN. 2016
PROTOCOLO

João Pessoa

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ASL-0041936/18
natalia.silva.0111
21/05/2018 14:27:18

SOLICITAÇÃO DE PARECER

Médico Requerente

Especialidade Solicitada Cir. Buco Maxilo Facial

Data e Hora 20/07/15 Avaliação: Rotineira (✓) Urgência ( )

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome José Ivanildo da Silva Idade

Setor Urgência ( ) Isolamento ( ) Leito 08-25
Enfermaria ( ) UTI ( )

RESUMO – JUSTIFICATIVA

Pcte vítima de acidente de moto em seu 2º DPO FX 1º e 5º Metacarpo desvio e FX de osso zigomático.
Solicito avaliação e parecer quanto a conduta e seguimento
GRATO

Plínio Muniz S. de Faria
MR2 - Clínica Médica
CRM-PB 8551
CNS 980016299261158
Assinatura

COMPREV - SEGURIDADE PREVIDENCIÁRIA
21 JAN 2018

PARECER DO ESPECIALISTA

Paciente com fratura de zigoma e com indicação de tratamento cirúrgico pela BMF.
Solicito avaliação plastica de BMF quanto alta da ortopedia

Adriano Cunha Lima
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-PB 1111
Assinatura

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

ASL-004 1988/18

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSÉ SUARLIDO DA SILVA | PRONTUÁRIO: 20150300540

IDADE | SEXO | COR | CIDADE | ESTADO | CPF

DATA DE ADMISSÃO: 12/07/15 | DATA DE ALTA: 22/07/15 | TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL | CID

DIAGNÓSTICO HOSPITALIZ.: Hérnia 4,5 cm

DIAGNÓSTICO FINAL

PRINCIPAIS ESCLARES: FIO HC

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

HISTOPATOLOGIA:

INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO | COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO DE BIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, OBSERVAÇÕES

Atiz Acompanhamento
Ambulatorial

CONFERE COM O ORIGINAL
21 JAN 2018
DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão, ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em _____
Ao Ambulatório do _____ em _____ dias para revisão.

Dr. Luciano Janssen
Cirurgião Pneumologista
CRM

22/07/15
DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/2017

REGISTRO GERAL 4.687.959

NOME JOSÉ IVANILDO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ MENDES DA SILVA
MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO

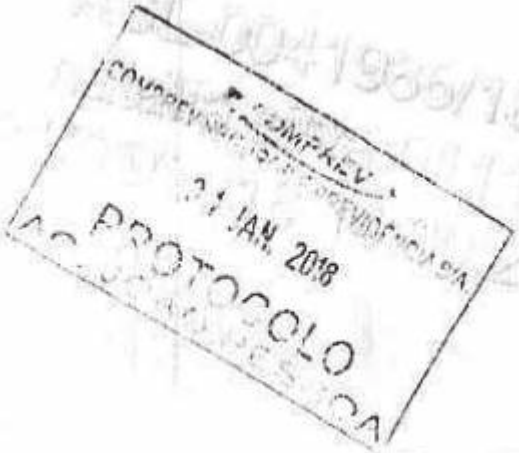
DATA DE NASCIMENTO 14/04/1960

NATURALIDADE SÃO VICENTE FERRER-PE

DOC ORIGEM NASC.N.6001 FLS.202 LIV.A-25
CARTORIO SÃO V. FERRER -PE

CPF 317.699.264-53

A +



07833220

Assinatura do Titular da Carteira

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 JAN. 2018
PROTOCOLO

CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Inscrição nº
14438

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data do Compromisso na OAB
17/12/2008

Data de Emissão do Cartão
30/07/2007

Data de Expiração
12/01/2008

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180233720 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 11/07/2015 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4° E 5° DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180233720 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 11/07/2015 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO DIREITA (QUARTO E QUINTO METACARPOS).

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA MÃO DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Francisco da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Pescador, CI RG nº 2638491, CPF/MF nº 314.699.264-53, residente e domiciliado(a) à Rua Raimundo de Carvalho Nóbrega, 986 - Centro, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58040-402, telefone 83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, Brasileira, casada, advogada, CPF sob o n.º 046502754-74 e RG sob o n.º 2627718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 04 de janeiro de 2018.

1º OFÍCIO DISTRITAL

José Francisco da Silva

OUTORGANTE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 JAN. 2018
PROTOCOLO

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE INACIO DA SILVA,[BIE/1], J.Pessoa-PB, 07/01/2018 13:57:41 Emol R$8,49 Fargen:R$0,25 Fepj:R$1,70 ISS R$0,42. Em test da verdade. TABELIA SUBSTITUTA FLAVIA KELY PEREIRA. Selo Digital ACP69886-UT6Z Consulte em https://selodigital.tjpb.jus.br