



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

Para esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321206 (linha para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

A informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, quitada 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").

Nome completo da vítima

CPF da vítima

092.277.724-13

Nome completo da vítima

Guiz Antonio da Silva

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

Nome completo

Guiz Antonio da Silva  
Br 230  
Centro

CPF titular da conta

092.277.724-13

Profissão

servente pedreiro

Número

510

Complemento

Estado

PA

CEP

58 356-000

Telefone (DDD)

99312-1170

Cidade

Gurimhem

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

**Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários**

☒ SEM RENDA

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

Entre R\$ 1.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 7.000,00

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

☒ BANCO DO BRASIL (001)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ BANCO PRAÇA FEDERAL (104)

Agência

07 33

Conta

34049 6

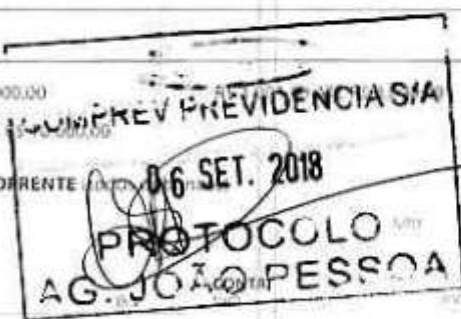
☐ **CONTA CORRENTE**

Banco

Agência

(informar dígito de crédito)

(informar dígito de crédito)



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. Deixando o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 05 de setembro de 2018

Local e Data

Guiz Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



UTO-ATENDIMENTO - Bairro de mangabeira  
ATA: 04/09/2018 HORA: 11:04:42  
TERMINAL: 34871001 CONTROLE: 348710010457

GÊNCIA: 0733 - ITABAIANA DO NORTE  
ONTA: 013.00034049-6  
LIENTE: LUIZ ANTONIO DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

ALDOS POR DATA LIMITE  
EPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
ATA VALOR  
9/08

MOVIMENTAÇÃO  
ATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

Agosto

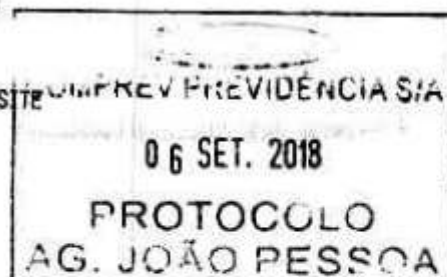
9/08 000000 REM BASICA  
9/08 000000 CRED JUROS

ESUMO EM 03/09  
ALDO

ESUMO DO DIA  
ALDO BLOQUEADO  
ALDO DISPONIVEL  
ALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



\*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

CAIXA  
SEGURIDADE

\*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

CAIXA  
SEGURIDADE

\*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 092 277 724 13 Nome completo da vítima: Luiz Antonio da Silva

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

Nome completo: Luiz Antonio da Silva CPF: 092 277 724 13

Profissão: Servente de Pedreiro Endereço: Rua: 230 Número: 50 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Curvinhem Estado: PR CEP: 58356-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00034049 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo - PR 12/12/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luiz Antonio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**CAIXA**

AUTO-ATENDIMENTO - ITABAIANA DO NORTE  
DATA: 05/12/2011 HORA: 12:52:37  
TERMINAL: 0733001 CONTRA: 07330010001

AGENCIA: 0733 - ITABAIANA DO NORTE  
CONTA: 015.00034049-0  
CLIENTE: LUIZ ANTONIO DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
15/11	5,26

DATA	NR.DOC.	HISTORICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	5,240

Novembro

19/11	000010	REM BASICA	0,000
19/11	000010	CRED JUROS	0,020

RESUMO EM 04/12	
SALDO	5,260

RESUMO DO DIA	
SALDO DISPONIVEL	5,260
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	5,260

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
140 CAIXA: 0800-726 0101  
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ ANTONIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180315072

Vitima: LUIZ ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180315072**.

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 13095353





Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180315072  
Vitima: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Data do Acidente: 02/12/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180315072**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Carta nº 13314810

A/C: LUIZ ANTONIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180315072 ASL-0250075/18  
Vitima: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Data Acidente: 02/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Carta nº 13595770

A/C: LUIZ ANTONIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180315072 ASL-0250075/18  
Vítima: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Data Acidente: 02/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





**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 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 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 a 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

CNPJ da Vítima

012.314.147-82

Nome completo da vítima

Luiz Antônio de Silve

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Luiz Antônio de Silve	012.314.147-82	recusou-se
Endereço	Município	Complemento
Rua José Roberto Idelmo	SIN	
Bairro	Estado	CEP
Nova Conquista	PR	58228-000
Email		Telefone (DDD)

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**

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ SBC (341)
- ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (109)

AGÊNCIA  
NÚM. 0193 D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NÚM. 0553042 D/V  
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome  
NÚMERO  
D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NÚM. D/V  
(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.

Dona Inês 02 de Março de 2018

Local e Data

x Luiz Antônio de Silve

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

092.277.724-13

Luiz Antonio da Silva

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

Nome completo Luiz Antonio da Silva	CPF titular da conta 092.277.724-13	Profissão servente pedreiro
Endereço R. 230	Número 512	Complemento
Bairro centro	Cidade Guiminhem	CEP 58356-000
Email zeoluaradosilva@hotmail.com	Estado PA	Telefone (DDD) 99342-1170

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\$ 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

NRG:

0733

D/V

CONTA

NRG:

000340496

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRG:

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRG:

D/V

(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.

Sobrado 08 de Junho de 2017

Local e Data

Luiz Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









LIVRO nº. 001/2017  
Folha nº. 080  
Ocorrência nº080/2017.

**DESCRIÇÃO:**

AOS DEZENOVE DIAS DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE, NESTA CIDADE DE DONA INÊS/PB, NA DELEGACIA DE POLÍCIA, PRESENTE O DR. JOACIL DE LIMA MOREIRA, DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL, AÍ POR VOLTA DE 09HS44MIN, COMPARECEU A (O) SENHOR (A):

LUIZ ANTONIO DA SILVA, BRASILEIRO, NATURAL DE DONA INÊS/PB, CASADO, AGRICULTOR, COM 49 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/06/1968, INSTRUÇÃO ENSINO FUNDAMENTAL, RG Nº 09072916-1 SSP/RJ, FILHO DE ANTONIO JOSE DA SILVA E DE LINDALVA MARIA DA SILVA. RESIDENTE NA RUA JOSE ROBERTO IDALINO S/N, NOVA CONQUISTA, DONA INÊS/PB.

HISTÓRICO NOTIFICOU: QUE, NO DIA 29 DO MÊS DE JUNHO DO CORRENTE ANO POR VOLTA DAS 20:30HS PILOTAVA A MOTO HONDA/CG 150 FAN E 001, ANO E MODELO 2015, PLACA KFG 7997/PB, VERMELHA, CHASSI Nº 9C2KC1680FR216644, LICENCIADA EM NOME DE JULIO CLEITON MATIAS CAMPOS, DO DETRAN/PB, NA RUA ANTONIO TOSCANO, NAS PROXIMIDADES DO ESPAÇO DA JUVENTUDE, QUANDO DESCIA NO SENTIDO ZÉ PAZ/CENTRO DA CIDADE, FICOU ENCANDEADO COM ALGUMAS MOTOS QUE TRAFEGAVAM NA CONTRA MÃO E COLIDIU EM UMA OUTRA MOTO QUE ESTAVA NO ESTACIONAMENTO O QUA CAUSOU UMA QUEDA, QUE FOI SOCORRIDO PARA O PRONTO ATENDIMENTO LOCAL E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TRAUMAS NA CAPITAL; QUE NO DIA 03 DE JULHO DO CORRENTE ANO, SOFRENDO FORTES DORES NA CLAVICULA, RESOLVEU IR AO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO EM GUARABIRA ONDE FEZ RAIOS X E FOI DETECTADO QUE SUA CLAVICULA ESTAVA FRATURADA; QUE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO AMBULATORIAL COMO SENDO: IMOBILIZAÇÃO E MEDICAÇÃO; QUE RETORNOU AO PRONTO SOCORRO NAS DATAS DE 10/07 E 17/07 DE 2017 PARA CONTROLE RADIOLÓGICO; QUE FOI DIAGNOSTICADO CID 10. S42.0, SEGUNDO DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA. CIENTE O NOTIFICANTE DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS CONTIDAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, CASO O QUANTO AQUI DECLAREI NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, E DEPOIS DE LIDO E ACHADO CONFORME VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

DONA INÊS/PB, 19 DE JULHO DE 2017

*Luiz Antonio da Silva*

ASSINATURA DO NOTICIANTE

MARIA DAS GRACAS ELIAS TEIXEIRA  
COMISSÁRIA DE POLÍCIA  
137.350-1



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
João Pessoa-PB 18/10/2017 16:28:27  
Charles Bernardo Torres Ferreira - Escrevente  
[2017-054400] EMLR\$ 2,61 FAPEM\$ 0,27 FEPJ\$ 0,46 ISS\$ 0,46  
SELO DIGITAL: 4F0B34-3502  
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01860.01.2017.1.00.402**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01860.01.2017.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:02 horas do dia 11 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Luiz Antonio da Silva**, CPF nº 092.277.724-13, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Rita Maria da Silva e Antonio Luis da Silva, natural de Gurinhém/PB, nascido(a) em 03/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Poço, Nº s/nº, complemento zona rural, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo a Entrada de Itabaiana - Pb, na cidade de Gurinhém/PB, telefone(s) para contato (83) 98678-1276.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Proximo a Policia Rodoviaria, Gurinhém/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;  
Data/Hora: 02/12/16 05:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA POP 110, DE COR VERMELHA, ANO 2016/2016, DE PLACA QFO-0185-PB, CHASSI Nº 9C2JB0100GR212879, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, CAINDO DA MOTO E SE LESIONANDO, CONFORME CERTIDÃO Nº 038/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 910222 E PRONTUARIO Nº 2016.12.000120, ASSINADO PELO MEDICO DE CRM Nº 3137-PB, DATADA DE 23/02/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 11 de abril de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
\_\_\_\_\_  
LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Noticiante





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

*Luiz Antonio de Silve*

CPF da Vítima

*012 314 47-82*

Data do Acidente

*29-06-2017*

**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 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 extensão 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.

*Dona Inez de Marco de 2018*

Local e Data

*x Luiz Antonio de Silve*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Luiz Antonio da Silva

CPF da Vítima

092.277.724-13

Data do Acidente

08-12-16

**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.

Sobrado, 05 de Junho de 2017

Local e Data

Luiz Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









uso de medicamentos.  
14/08/2010  
JESSICA S. SERRAS  
FARMACIA  
Lafon-PS - 449627

**RESOLUÇÃO:**  
☐ Liberado ☒ AG.  
☐ Exatidão do local ☐ Observação ☐ Transferido ☐ Óbito  
☐ Evadido-se do local ☐ Recusou procedimento ☐ Recusou transferência

PROFESSIONAL

SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS				ESTADO INICIAL	CRÍTICO INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
				<b>PROCEDIMENTO REALIZADOS</b>				
HORA				OXIGÊNIO:	L/MIN ( )			
PA mmHg				CAT. N/SAL ( )	MR ( )	BVM ( )		
Fr /min				ASPIRAÇÃO DE VVA ( ) ELEVACÃO DE DECUBITO				
Fc bpm				( )	CAN. OROFARÍNGEA ( )	SNG ( )	SVD	
SPO <sub>2</sub> %				AVP ABOCA TH Nº LOCAL:				
Tax °C				CURATIVO ( ) COMPR. ( ) SIMPLES ( )				
HGT mg/dl				FRATURA - LOCAL				
ECG				IMOBILIZAÇÃO:				
GLASGOW								

REGULADO? ( ) SIM ( ) NÃO  
UNIDADE REFERENCIADA:

TRANSFERRIDIO POR:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Dor aguda                          | Dor crônica                               |
| Eliminação urinária prejudicada    | Hipotemia                                 |
| Hipertensão                        | Risc. de déb. cardíaco diminuído          |
| Hipertensão induzida pela gravidez | Risc. P sist. cardiovascular comprometido |
| Risco de comportamento agressivo   | Risco de glicemia instável                |
| Risco de sangramento               | Uso excessivo de álcool                   |
| Mobilidade física prejudicada      | Desobstrução ineficaz de vias aéreas      |
| Náuseas                            | Risc. P temp. corpo desidr                |
| Ris. para aspiração                | Integridade tissular prejudicada          |
| Risc. Para func. Resp. alt.        | Perf. Tissula inst. Periférica            |
| Percepção sensorial perturbada     | Risc. P distun. Neurovascular perit.      |
| Confusão aguda                     | Risco p trauma                            |
| Integridade da pele preju          | Medo                                      |
| Risco p infec.                     |   |
| Ansiedade                          |   |
| Padrão resp. ineficaz              |   |
| Risc. P. vol. Liqui. Deficiente    |   |

**Outros:**

RELACIONADO / EVIDENCIADO POR

# PREScrição da Assistência de Enfermagem

**RESULTADO DE ENFERMAGEM:**

1. ( ) Alcançado ( ) Não alcançado ( ) Parcialmente alcançado
2. ( ) Alcançado ( ) Não alcançado ( ) Parcialmente alcançado
3. ( ) Alcançado ( ) Não alcançado ( ) Parcialmente alcançado

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24H) P TÊC. DE ENFERMAGEM

ACQUISITION OF A FOREIGN LANGUAGE

# IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24H) ENFERMEIRO

ASSINATURA COREN

### IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (24H) MÉDICO

ASSINATURA COREN

## CERTIDÃO

Nº. 0308/2017

Atendendo solicitação de EGUINALDO DA SILVA BATISTA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 910222 e Prontuário Nº 2016.12.000120 pertencentes a **LUIZ ANTONIO DA SILVA** que foi atendido dia 02/12/2016 às 10H13min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta de antebraço esquerdo. Realizado redução com fixação no dia 02/12/2016 e 15/12/2016 com alta médica dia 15/12/2016.

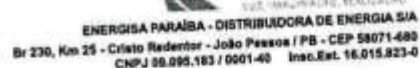
E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de Fevereiro de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.  
Fórmula para simplios pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica: N° 001.633.376



LUIZ ANTONIO DA SILVA  
RUA JOSE ROBERTO IDALINO S/N  
DONAINES

5/1766705-6

**FEV/2018**

02/02/2018

32

09/02/2018

**R\$ 20,97**

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

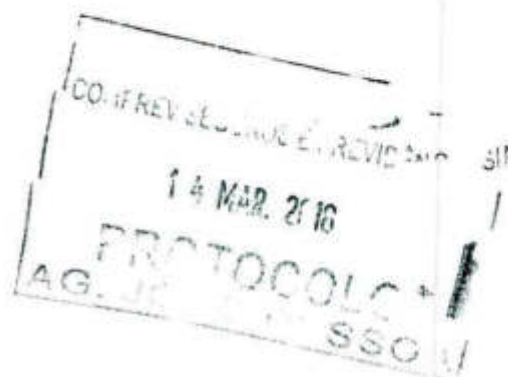


LUIZ ANTONIO DA SILVA  
Roteiro: 02-058-430-5943  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/02/2018

09/02/2018

R\$ 20.97

1766705-2018-02-2





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recebo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 000.803.014



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-46 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

RAPHAEL PERICLES DA SILVA BORGES  
RUA OLDENA CARNEIRO PEREIRA DE MELO 154 AP. 105  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/143510-6

### REFERÊNCIA

OUT/2017

### APRESENTAÇÃO

20/10/2017

### CONSUMO

243

### VENCIMENTO

27/10/2017

### TOTAL A PAGAR

R\$ 212,45

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Parque Aquel

RAPHAEL PERICLES DA SILVA BORGES

Roteiro: 11-006-630-5240

83650000002-8 12450149000-5 01435102017-8 107000006019-7

### VENCIMENTO

27/10/2017

### TOTAL A PAGAR

R\$ 212,45

### MATRÍCULA

143510-2017- 10-7





ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 25 - Crla. Recente - Jd. Puma - PB - CEP 50071-600  
CNPJ 06.095.182/0001-40 - Ind. Est. 16.015.025-1

Nota Fiscal / Contas Energia Saneamento S.A. 0002 006 761  
Cód. para Sub. Automática: 30100120770

Acesse: [www.enurgisa.com.br](http://www.enurgisa.com.br)

CPF/ CNPJ/ RANI

8423381447

5/587077-9

«Levou cinco ou seis horas de chamar um eletrônista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um bando de segurança. Chame vizinhos e amigos e entre no comércio ao mesmo tempo. Transmisor de sangue, sika e churunguã. Ministério do Saúde, Governo Federal»

	Valor (R\$)	%
Salário	18.98	74
Aluguel	1.11	4
Transporte	0.30	1
Alimentação	0.20	1
Outros	0.41	2
<b>Total</b>	<b>26.72</b>	<b>100.00</b>

17 MAR. 2018

**PROTOCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

**COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

# Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXX3655  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Demais Localidades: 0800 9409009



CIC RECIFE PE 016  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98868 2100004754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 222,76 Pontos a Expirar 1230

## Encargos

MULTA  
RECIBO

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

Vencimento da Fatura 28/10/2017  
Total da fatura R\$ 50,00  
Pagamento à R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e juros apontados nesta fatura, incidências sobre o diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento inferior ao vencimento R\$ 5,00.  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

## Demonstrativo

Data Descrição Cidade/Pais Valor Original Valor US\$ Cotação  
13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR  
28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO  
Subtotal Nacional

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655  
Movimentações Nacionais  
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04  
Subtotal Nacional

Total Nacional  
Total Internacional  
Total da Fatura



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/biblioteca/web/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Luiz Nascimento Rodrigues inscrito (a) no CPF 813.407.107, 49  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Antonio da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 012.314.147-82 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Luiz Antonio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.314.147-82 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

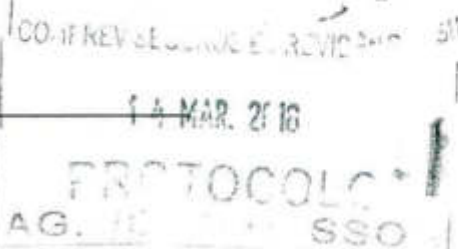
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Odeira Carneiro Pereira de Melo</u>		Número	<u>154</u>	Complemento	<u>Aptº 105</u>
Bairro	<u>JD Oceania</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(83) 998134333</u>	<u>(83) 987085008</u>		

João Pessoa, 02 de Março de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante





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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lauro Antonio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.277.724-13 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Lauro Antonio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.277.724-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12, apresento os documentos comprobatórios:

☐ 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-DPVA, 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>Av. Maria Rosa</u>	Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Marateia</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>98663-4900</u>	CEP <u>58038-400</u>
	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>	

João Pessoa, 05 de março de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

TIPO: \_\_\_\_\_  
 RESULTADOS: \_\_\_\_\_  
 OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 SERVIÇOS REALIZADOS: \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO / PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_  
 DROGAS: \_\_\_\_\_  
 MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
 DOENÇAS PREEXISTENTES: \_\_\_\_\_  
 QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA: \_\_\_\_\_  
☐ CONSULTA BÁSICA (PAB): \_\_\_\_\_  
☐ CONSULTA ESPECIALIZADA: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_  
 ASS. MÉDICO AUDITOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO REVISOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_

 <b>SUS</b> Sistema Nacional de Saúde		<b>MISAUDE</b> <small>Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde</small>		ESTADO: PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE DONA INÊS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS):		CNPJ/CPF: 11.420.456/0001-27			
CÓDIGO DA UNIDADE: 2591774					
NOME: PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE					
ENDERECO: AV. MAJOR AUGUSTO BEZERRA, 300 - CENTRO					
MUNICIPIO: DONA INÊS		ESTADO: PARAÍBA		UF: PB	
<b>PACIENTE:</b> J. Antônio					
NOME: Juss Ferreira da Silva		HORA: 22:00			
MÃE: Lindalva Maria da Silva					
SEXO: ( ) FEMININO (X) MASCULINO		DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1988		IDADE: 49	
PROFISSÃO/Ocupação: IP: Presidente Foco Social				UF: PB	
ENDERECO: Dona Inês Soares St.		CÓD. IBGE DO MUNICIPIO: 2505109			
MUNICIPIO: Dona Inês		DATA DO ATENDIMENTO: 29/06/17			
CNS: 059					
FONE:					
SINAIS VITAIS					
T °C	P bpm	R irpm	Peso Kg	PA Hg mm	
				40x90	
Saturação %		Dor na Escala de 0-10: Dor: <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Dor à estimulação tátil		Relato verbal de dor	
		Local: sala			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
<input checked="" type="checkbox"/> VERMELHO		<input type="checkbox"/> LARANJA		<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE
				<input checked="" type="checkbox"/> AZUL	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO					
<p>Vision de nível do olho no exame de fundo de olho e de retina.</p> <p>pressão arterial normal e dentro dos parâmetros.</p> <p><b>MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS</b></p> <p>1. Ringer lactado 750ml em 500ml 500</p> <p>2. Or frasco com 361mm</p> <p>3. Dexametasona 1mg/ml</p> <p>4. Aspirina 100mg</p> <p>5. Soro com 500ml + PVP 250ml</p> <p>6. Omaprolol 50mg</p>					
HIPÓTESE: TCE					
DIAGNÓSTICO:				CID:	











**Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.**  
**Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB**  
**Fone: (083) 3271 1156      Fax: (083) 3271 4032**

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente LUIZ ANTÔNIO DA SILVA, Agricultor, brasileiro, residente e domiciliado à rua José Roberto Idalino s/n, bairro Nova Conquista, Dona Inês-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 03/07/2017, tendo como diagnóstico Fratura da Clavícula direita CID 10 S42.0, submetido a tratamento conservador, com quadro clínico exame realizado raios x da Clavícula direita e imobilização tipo velpeau, retornou no dia 10/07/2017 e 17/07/2017, para controle radiológico, troca de imobilização e avaliação médica, conforme consta na ficha ambulatorial Nº 344.979/2017, em nossos arquivos.

Guarabira, 17 de Julho de 2017.

Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 7618 - CPF: 031.136.054-82





# Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: <u>Doniz Antonio da Silva</u>	Matrícula: <u>344 979</u>
Idade: <u>22/06/68</u>	Categoria: <u>Duts</u>
Sexo: <u>M.</u>	Profissão: <u>Enfermeiro</u>
Est. Civil: <u>C</u>	Naturalidade: <u>Paraíba</u>
Residência: <u>2 Joo Roberto Sobrinho sr. Silva</u>	Data: <u>03/07/2014</u>
<u>Consequente L. Houer. Suets Q3</u>	
H.D.A.	<u>LG 09072016-1</u>

Cran 89803230630209

Lesões presentes dor, edema e impotência funcional em região  
de clavícula D, rotando por efractura evidente da metáfise.

Diag. Clínico: Fratura de clavícula D

Diag. Radiológico: Fratura de clavícula D (1/3 médio)

Tratamento: Imobilização + Medicação + Acompanhamento ambulatorial (Retorno  
em 15 dias)

Dr. Tenisclides de Almeida Nobre Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 7618 CPF: 031.136.054-82

AG. J.D. PROTOCOLO 1  
 14 MAR 2016  
 CO. HENRY STONE & ASSOCIADOS



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS):  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2591774 CNPJ/CPF: 11.420.456/0001-27  
NOME: PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ENDEREÇO: AV. MAJOR AUGUSTO BEZERRA, 300 - CENTRO  
MUNICÍPIO: DONA INÊS ESTADO: PARAIBA UF: PB  
PACIENTE: Dr. Antônio HORA: 22:00  
NOME: Fus Ferreira da Silva  
MÃE: Fundadora Maria da Silva  
SEXO: ( ) FEMININO (x) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1988  
PROFISSÃO/Ocupação: IDADE: 49  
ENDEREÇO: UF: Presidente João Pessoa  
MUNICÍPIO: Doná Inês UF: PB  
CNS: 32.144.37 CÓD. IBGE DO MUNICÍPIO: 2805109  
FONE: DATA DO ATENDIMENTO: 29/06/17

SINAIS VITAIS			
T °C	P bpm	R lpm	Peso Kg
			PA Hg mm

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
VERMELHO	LARANJA

Dor na Escala de 0-10:  
Dor: ☐ Expressão facial de dor ☒ Relato verbal de dor  
☐ Dor agudização tátil  
Local: abd.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO  
V. tim de cond. de m. b.  
at. de embuagem  
para exame de m. b.  
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS  
1. Ringer lact. 750ml  
2. Dr. 500ml  
3. Dextrose 500ml  
4. Apipina 100ml  
5. Insulina 500UI  
6. Orapac 500  
7. Orapac 500  
HIPÓTESE: TCE CID:

TIPO:

RESULTADOS:

OUTRAS INFORMAÇÕES:

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

CBO

IDADE

ALERGIAS:

DROGAS:

DOENÇAS PREEXISTENTES:

MEDICAÇÃO EM USO:

QUEIXA PRINCIPAL: Dor e fúndos contínuos na face direita  
o paciente de m. b.

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA

☐ CONSULTA BÁSICA (PAB):

☐ CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Exe. Diagn. 22:45  
Sufm

ASS. DO MÉDICO / CARIMBO:

ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

POLEGAR DIREITO:

ASS. DO MÉDICO AUDITOR / CARIMBO:

ASS. DO REVISOR / CARIMBO:

XD. D. S. Silva de Azevedo

CID:











**Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.**  
**Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB**  
**Fone: (083) 3271 1156      Fax: (083) 3271 4032**

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente LUIZ ANTÔNIO DA SILVA, Agricultor, brasileiro, residente e domiciliado à rua José Roberto Idalino s/n, bairro Nova Conquista, Dona Inês-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 03/07/2017, tendo como diagnóstico Fratura da Clavícula direita CID 10 S42.0, submetido a tratamento conservador, com quadro clínico exame realizado raios x da Clavícula direita e imobilização tipo velpeau, retornou no dia 10/07/2017 e 17/07/2017, para controle radiológico, troca de imobilização e avaliação médica, conforme consta na ficha ambulatorial Nº 344.979/2017, em nossos arquivos.

Guarabira, 17 de Julho de 2017.

Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 7618 - CPF: 031.136.054-82







# Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: <u>Doniz Antonio da Silva</u>	Matrícula: <u>344 979</u>
Idade: <u>22/06/68</u>	Categoria: <u>Duts</u>
Sexo: <u>M.</u>	Profissão: <u>Doniz</u>
Est. Civil: <u>C</u>	Naturalidade: <u>Paraíba</u>
Residência: <u>2 Joo Roberto Sobrinho sr. Silva</u>	Data: <u>03/07/2014</u>
<u>Consequente L. Houer. Suets Q3</u>	
H.D.A.	<u>LG 09072016.1</u>
	<u>Cau 89803230630209</u>

Lesões apresentando dor, edema e incapacidade funcional em regiões  
de clavícula D, rotando por sinais evidentes de instabilidade.

Diag. Clínico: Fratura de clavícula D

Diag. Radiológico: Fratura de clavícula D (1/3 médio)

Tratamento: Imobilização + Medicação + Acompanhamento ambulatorial (Retorno  
em 15 dias)

Dr. Tenisclides de Almeida Nobre Filho

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 7618 CPF: 031.136.054-82

AG. J.D. PROTOCOLO 14 MAR 2016

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: 910222

Atd: Nao Regulado

Data: 02/12/2016

Hora: 10:13:44

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: *Ortopedia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA

Num. de vezes atendida: 1

Num. Prontuario: 2016.12.000120

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 87905023

Natural: BOQUEIRAO/PB Data Nasc.: 03/04/1988 Id: 28 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE MANAIRA, 443 PACIENTE VINDO DO TRAUMA SEM DOCUMENTOS

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Mae: RITA MARIA DA SILVA

Ocupação: SERVENTE DE PEDREIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: COMADRE MARIA JOSE DA CONCEICAO BARBOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Filial: BAIRRO BR 230

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU COR MORENO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRIO NA CIDADE CAFE DO VENTO

Vitima de violencia por: HJ AS 6/30 DA MNAHA CONDUTOR DA MOTO SAINDO DO TRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Quixa Principal

*trauma no antebraço*

*Priscilla Fialho de A. Fialho*  
ENFERMEIRA

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

*Ent. exposto a trauma @*

Conduta

*As bloqueio cirurgico para o trauma*

Prescricao

Horario da medicacao



ca e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

le	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Medico

SEDIMENTO REALIZADO

FINO DO PACIENTE

Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Maria José da S. Barbosa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



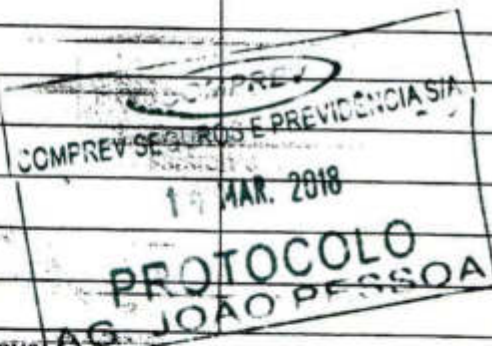






## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Levy Antonio do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>15/12/10</u>	Cirurgião: <u>Dr. Roberto B. S.</u>		Assistente: <u>Dr. Roberto B. S.</u>		
2º Assistente: <u>Dr. Tello B.</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Tumor de glândula parotídea 9.º s64 (8)</u>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				EMP:	CID
				Assistente:	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Tumor de glândula parotídea</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Adequado e adequado para a pessoa de com orelhas

### Incisão:

- ③ De decúbito dorsal pelo escopo

### Achados:

- ④ Cerebros e tólo pelo bolso

Conduta

COMPREV  
SEGURE PREVIDÊNCIA SIA  
1 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### Fechamento:

### OBS:

Dr. Fernando Tasso Cavallini  
CRM 2054  
Médico - Radiologia - Otorrinolaringologia

05 DEZ. 2018

Data: / /

MÉDICO/CRM

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luiz Antonio</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Côr:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>04/12/16</i>	Cirurgião: <i>M. Heudon</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura fechada em desalinhamento</i>					
<i>do fêmur esquerdo</i>					
<b>RCIA</b>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
Cirurgião:					
1º Assistente:					
Instrumentador:					
Horário:					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>LMC</i>					
<i>Osteossíntese</i>					
<b>DIAGNÓSTICO</b>					
<b>ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO</b>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim	Descreva:	
			2 (X) Não		
Biópsia de Congelação:			1 ( ) Sim		
			2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em TDM  
Anestesia e anti-sepsia  
Aproximação do campo estéril

### Incisão:

Ampliação da incisão em face posterior do ombro (C)

### Achados:

Fratura exposta cominada do osso do ombro esquerdo

### Conduta:

lavagem abundante isquêmica com SF 0,9% e desbridamento de tecidos desvitalizados

Redução cruenta de fratura de rádio (C) com placa DCP de 7 furos e parafusos

Redução cruenta possível de fratura cominada e ulna (C) e fixação com parafuso interfragmentário e placa DCP 8 furos e parafusos

lavagem com SF 0,9%

Sutura por planos

Fechamento: Limpeza e Curativos

### OBs:

- Observar perfuração distal, alta chance de S. Langer  
- Observar sangramento e edema

Data: 02/12/16

Dr. Daniel B. Cavalcante  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248  
MEDICO/CRM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUIZ ANTONIO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	03/04/88
NOME DA MÃE	RITA MARIA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	964.892
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	07:31
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, PARTE NÃO ESPECIFICADA
CID 10	S52.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com cefaleia, cervicalgia, apresenta fratura exposta de antebraço esquerdo, abdômen sem queixas, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Escoriações em MMII e MMSS, dor em 3º pododáctilo esquerdo. RX: fratura de ossos do antebraço esquerdo, parte não especificada.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de antebraço esquerdo.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ossos do antebraço esquerdo.

### TRATAMENTO:

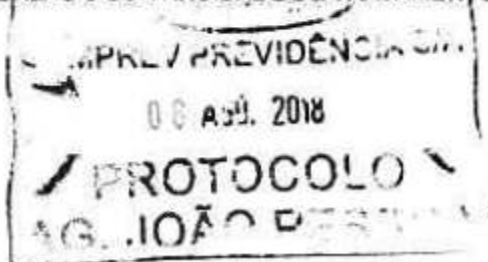
Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	02/12/16
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

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





ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 964892



# Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1111874	LUIZ ANTONIO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
03/04/1998	18 anos 7 meses 29 dias	CASADO(A)
Mãe	Religião	
RITA MARIA DA SILVA	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
NAO INFORMADO	O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Telefone Móvel	Telefone Fixo
Tipo documento	Número documento	UF
NAO INFORMADO		PB
Local de procedência		
BR 230		
Email	Naturalidade	
	GURINHÉM	

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58355000	GURINHÉM	PB	MUTIRAO
Número	Complemento		Bairro
S/N			ZONA RURAL

## Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
02/12/2018 07:31:59	1000004662456	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	

## Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por  
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

Imprimi





# Primeiro Atendimento Médico

1000004663456 BE. 964892

LUIZ ANTONIO DA SILVA  
DT. NASC.: 03/04/1988  
MRE: RITA MARIA DA SILVA

RND. HUIERRO  
N. S/M - ZONA RURAL  
QUINHEM  
FONE: ( )  
CELULAR: ( )  
IDADE: 16  
QT. CENTRO

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ PAVIAS ☐ Obstruídas

AÉREAS ☐ Sim ☒ Não

CERVICAL IMOBILIZADA:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☒ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim

☒ Não

HTD Roncos

Sibilos

Estertores

HTE Roncos

Sibilos

Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp

SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleotônica ☐ Ictérica

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normalonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

BE OU BA

☐ Presente ☐ Ausente

☐ Sim ☐ Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm

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, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

PROVIDENCIA  
DE A33. 2018  
PROTÓCOLO  
10.10.2018

FIMB. CC.001-1





MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



1000004682456 BE: 954992

LUIZ ANTONIO DA SILVA  
DT. NASC.: 03/04/1966  
RUE: RITA RIBEIRO DA SILVA

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: RUA  
N. 5/N - ZONA RURAL  
CURIJUBIM  
FONE: ( )  
CELULAR: ( )  
IDRDE: 18  
DT. ENTRADA:

### PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

### TIPO DE ACIDENTE:

☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Carro ☐ Bicicleta  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Atroa de Fogo ☐ Atroa branca ☐ Outros

### TIPO DE LESÃO:

☐ Ferimento fechado ☐ Ferimento aberto ☐ Empatamento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros

### LOCAL DA LESÃO:

☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros

### DADOS CLÍNICOS (sintomas)

### DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

### EXAME FÍSICO

PA \_\_\_\_\_ mmHg P \_\_\_\_\_ bpm SpO2 \_\_\_\_\_ Tax \_\_\_\_\_

#### Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado  
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isotônicas ☐ Anisotônicas ☐ Mioticas ☐ Mioticas

#### Sistema Respiratório:

☐ Ventilação normal ☐ Ventilação espontânea ☐ Via aérea permeável  
☐ Taquicardia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas  
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

#### Sistema Circulatório:

☐ Pulso suave ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória  
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida  
☐ Palidez ☐ Outros

#### Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Úlcera de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial  
☐ HDB ☐ Corpo ereto ☐ Dor à palpação profunda  
Circulação: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

#### Sistema Genito-urinário:

☐ Dor ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros

### HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

### USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não Especificar \_\_\_\_\_

### HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

### OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

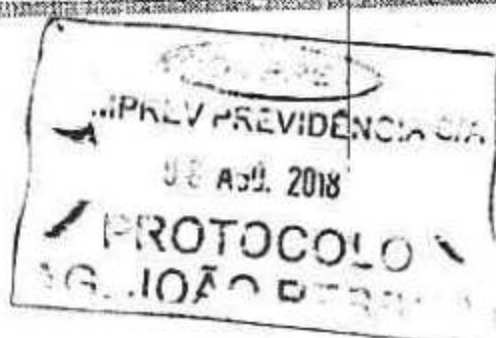
Paciente tratado pelo Dr. de  
do cirurgião plástico de  
muito. Segue p. E.P.E. por ferimento  
na região

### DESTINO:

INTEREIRO:

COREM:

F(NG)ENF 022-1



## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

HORA

# Antecedentes

07:50

12/12/16

# Refusado de atendimento em 14 horas.  
 com queixas de dor em membros (2) e PE (2)

# Ao exame: exposição óssea de ossos anca (2)  
 utilização em MMSS, MMIS e fêmur

com em 3º fad (2)

fratura com fratura

uma fratura distal de fêmur com fratura distal

# Ao RX: Fratura de ossos de Antebraço (2)

# CD: Antebraço

- Atividade (atividade) - de 14 + 14 (2)

- Imobilização e curativo local

- Atividade de mobilização + fratura distal de fêmur

fratura

paciente

- Prescrição de medicação

*[Handwritten signature]*

END: NUTRICIONISTA  
 N. 578 - ZONA RURAL  
 GUARAPUAVA  
 ROMEI (1)  
 CELULAR: (1)  
 IDADE: 18  
 DT. ENTREGA:

LUZ ANTONIO DA SILVA  
 DT. NASC: 02/04/1990  
 END: RUA MARIA DA SILVA

BE 964892



SHI

BE/PRONTUÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE









MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**012.314.147-82**

Nome

**LUIZ ANTONIO DA SILVA**

Nascimento

**22/06/1968**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**8119.F093.56CB.F92B**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:23:00 do dia 27/11/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO  
14 MAR. 2013  
PROTOCOLADO  
AG. JO...  
SSC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
NOME  
FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
15829783 SSP SP

CPF DATA NASCIMENTO  
813.407.107-49 17/03/1965

FILIAÇÃO  
WALDOMIRO LEITE  
RODRIGUES  
ZAYDE NASCIMENTO  
RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO  
02493868258

VALIDADE  
03/11/2020

1ª HABILITAÇÃO  
01/12/1984

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
04/11/2015

Aristeu Chaves Sousa  
Deputado Suplente do Estado de PARAIBA  
ASSINATURA DO EMISSOR

65888953619  
PB031571662

DETRAN-PB PARAIBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169687961

1169687961

CONFREY  
14 MAR 2017  
PROTOCOLADO  
AG. DE  
SSC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-063



*Luiz Antônio da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.583.112 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/04/2017

NOME LUIZ ANTONIO DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO LUIZ DA SILVA  
RITA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE MARI-PB DATA DE NASCIMENTO 03/04/1988

DOC ORIGEM NASC.N.8167 FLS.231V LIV.A-8  
CARTORIO GURINHÉM-PB

CPF 092.277.724-13

Ass: *Marcus A. B. Lacet Jr.*  
Chefe do Núcleo de Identificação

LE Ident. Univ. 05/08/08/83



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
1 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
FILIAÇÃO

JOSEFA GERVASIO DA SILVA  
NACIONALIDADE  
JOAO PESSOA-PB

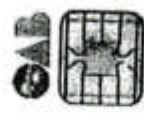
RG  
1.034.582 - SSP/PB  
DATA DE EMISSÃO 15/03/2018  
VIGÊNCIA 15/03/2021

DATA DE VALIDADE 02.04.2021  
488 535 024-81  
VIA: AGÊNCIA LOPES  
MILITANTE

12578



JOSE EDUARDO DA SILVA



IDENTIFICAÇÃO



2. 15-03-2018 3. TIPO DO TÍTULO DO NACIONAL 05701485

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 1 MAR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
 CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA  
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
 JOSE EDUARDO DA SILVA  
 FUNÇÃO

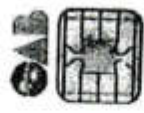
JOSEFA GERVASIO DA SILVA  
 NATURALIDADE  
 JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 02.04.1967  
 CPF 488.535.024-81  
 DATA DE EXERCÍCIO 15.04.2011  
 VITALIDADE AGENTE

12578



2. 15-12-2018 3. TIPO DO TITULO DO NACIONAL 05701485



ASSINATURA DO TITULAR



IDENTIFICACAO

**IDENTIFICATION**

DETRAN - PB Nº 013152505743  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
DATA 2017/10/06 06:48:59 - 1  
VIA CAD. RENAVAM 1 0105483681-4 00/00000000 2017

NOME  
JULIO CLEITON MATIAS CAMPOS

09828619407 GFF / CNPJ PLACA QFG7997/PB

NOVO PLACA ANT / UF PB 9C2KC1680FR216644 CHASSI

ESPÉCIE TIPO  COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2º P. 89149 /CT PARTICIPANTE VERMELHA

1	COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA	1*	VENC. / COTAS
P		00/00/0000	2*	
V	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3*	
	*****	0		

PRÊMIO TARIFADO	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	P A G O	12/07/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

**DONA I**  **13/07/2017**  
**396** **16632**  
**Arredobit**  
Arredobit Viegna da Spora  
Dov'è il tuo mondo? È nel tuo mondo. **TECNOLOGIE**

1999

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

PB Nº 013152505743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JULIO CLEITON MATIAS CAMPOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017-10-13 10:17

AVIA JULIO CLETON<sup>IV</sup> MATIAS CAMPOS PLACA

MARCA / MODELO

**REFERENCES**

NO 09828619407  
— NO CHASSIS — OFG79977PB

01054836814# HONDA/CG150 FAN ESDI

FMS (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
2015 9	9C2KC1680FR2	16644

Item	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO POR O SEGURO (R\$)
1. Seguro de vida	100,00	100,00
2. Seguro de invalidez	100,00	100,00
3. Seguro de morte	100,00	100,00
4. Seguro de doença	100,00	100,00
5. Seguro de acidente	100,00	100,00
6. Seguro de roubo	100,00	100,00
7. Seguro de fogo	100,00	100,00
8. Seguro de furto	100,00	100,00
9. Seguro de deterioração	100,00	100,00
10. Seguro de responsabilidade civil	100,00	100,00
11. Seguro de danos materiais	100,00	100,00
12. Seguro de danos morais	100,00	100,00
13. Seguro de danos físicos	100,00	100,00
14. Seguro de danos psicológicos	100,00	100,00
15. Seguro de danos patrimoniais	100,00	100,00
16. Seguro de danos ambientais	100,00	100,00
17. Seguro de danos culturais	100,00	100,00
18. Seguro de danos históricos	100,00	100,00
19. Seguro de danos artísticos	100,00	100,00
20. Seguro de danos literários	100,00	100,00
21. Seguro de danos musicais	100,00	100,00
22. Seguro de danos teatrais	100,00	100,00
23. Seguro de danos cinematográficos	100,00	100,00
24. Seguro de danos televisivos	100,00	100,00
25. Seguro de danos radiofônicos	100,00	100,00
26. Seguro de danos fonográficos	100,00	100,00
27. Seguro de danos editoriais	100,00	100,00
28. Seguro de danos gráficos	100,00	100,00
29. Seguro de danos tipográficos	100,00	100,00
30. Seguro de danos de impressão	100,00	100,00
31. Seguro de danos de reprodução	100,00	100,00
32. Seguro de danos de distribuição	100,00	100,00
33. Seguro de danos de comercialização	100,00	100,00
34. Seguro de danos de promoção	100,00	100,00
35. Seguro de danos de divulgação	100,00	100,00
36. Seguro de danos de publicidade	100,00	100,00
37. Seguro de danos de marketing	100,00	100,00
38. Seguro de danos de relações públicas	100,00	100,00
39. Seguro de danos de comunicação	100,00	100,00
40. Seguro de danos de informação	100,00	100,00
41. Seguro de danos de educação	100,00	100,00
42. Seguro de danos de cultura	100,00	100,00
43. Seguro de danos de esporte	100,00	100,00
44. Seguro de danos de lazer	100,00	100,00
45. Seguro de danos de turismo	100,00	100,00
46. Seguro de danos de viagens	100,00	100,00
47. Seguro de danos de hospedagem	100,00	100,00
48. Seguro de danos de alimentação	100,00	100,00
49. Seguro de danos de transporte	100,00	100,00
50. Seguro de danos de comunicação de massa	100,00	100,00
51. Seguro de danos de mídia	100,00	100,00
52. Seguro de danos de internet	100,00	100,00
53. Seguro de danos de redes sociais	100,00	100,00
54. Seguro de danos de e-mail	100,00	100,00
55. Seguro de danos de telefone	100,00	100,00
56. Seguro de danos de fax	100,00	100,00
57. Seguro de danos de correio	100,00	100,00
58. Seguro de danos de mensageiro	100,00	100,00
59. Seguro de danos de entrega	100,00	100,00
60. Seguro de danos de distribuição de produtos	100,00	100,00
61. Seguro de danos de armazenamento	100,00	100,00
62. Seguro de danos de conservação	100,00	100,00
63. Seguro de danos de restauração	100,00	100,00
64. Seguro de danos de conservação de documentos	100,00	100,00
65. Seguro de danos de conservação de obras de arte	100,00	100,00
66. Seguro de danos de conservação de bens culturais	100,00	100,00
67. Seguro de danos de conservação de patrimônio	100,00	100,00
68. Seguro de danos de conservação de meio ambiente	100,00	100,00
69. Seguro de danos de conservação de recursos naturais	100,00	100,00
70. Seguro de danos de conservação de biodiversidade	100,00	100,00
71. Seguro de danos de conservação de espécies ameaçadas	100,00	100,00
72. Seguro de danos de conservação de paisagem	100,00	100,00
73. Seguro de danos de conservação de patrimônio histórico	100,00	100,00
74. Seguro de danos de conservação de patrimônio cultural	100,00	100,00
75. Seguro de danos de conservação de patrimônio artístico	100,00	100,00
76. Seguro de danos de conservação de patrimônio literário	100,00	100,00
77. Seguro de danos de conservação de patrimônio musical	100,00	100,00
78. Seguro de danos de conservação de patrimônio teatral	100,00	100,00
79. Seguro de danos de conservação de patrimônio cinematográfico	100,00	100,00
80. Seguro de danos de conservação de patrimônio televisivo	100,00	100,00
81. Seguro de danos de conservação de patrimônio radiofônico	100,00	100,00
82. Seguro de danos de conservação de patrimônio fonográfico	100,00	100,00
83. Seguro de danos de conservação de patrimônio editorial	100,00	100,00
84. Seguro de danos de conservação de patrimônio gráfico	100,00	100,00
85. Seguro de danos de conservação de patrimônio tipográfico	100,00	100,00
86. Seguro de danos de conservação de patrimônio de impressão	100,00	100,00
87. Seguro de danos de conservação de patrimônio de reprodução	100,00	100,00
88. Seguro de danos de conservação de patrimônio de distribuição	100,00	100,00

\*\*\*\*\*  
SEGURO  
P A G O

DATA DE QUITAÇÃO: \_\_\_\_\_

0000-0001-9000-0000

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**

001-1000000000000000

166632-0843149-20170713

9408 J. Neurosci., November 11, 2009 • 29(45):9403–9411





**SIS DPVAT - Sinistros**

Seguradora Líder dos Contratos de Seguro DPVAT

Atente: Sinistro | Processo Judicial

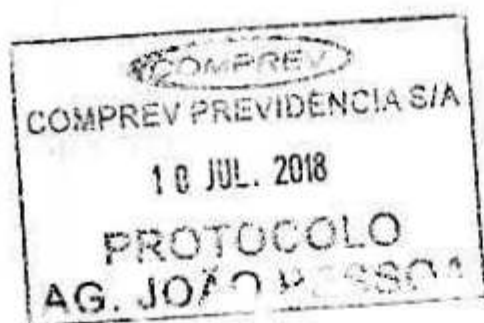
**Detalhe do Sinistro**

Sinistro: **Histórico**

Data	Ação	Comentários	Visualizar
20/03/2018 11:45	Cancelar processo	Sinistro cancelado por RAFAEL ARAUJO MACIELANO (COMPREV SEGURADORA S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
20/03/2018 09:17	Dispositivo	Fabiana Silva de Oliveira (COMPREV SEGURADORA S/A) encaminhou a regulação ao sinistro para RAFAEL ARAUJO MACIELANO.	
19/03/2018 16:31	Carga remanejada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
15/03/2018 14:31	Emissão de protocolo	O usuário Luana Depropria ( ) informou que recebeu os documentos da remessa.	
14/03/2018 15:47	Assinatura Seguradora Líder	Assinatura Seguradora Líder de Invalidez registrada por: Insured: PARCELA DO CASO DE UMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: CompPrev Previdência S/A-Pessoa (João Pessoa - PB 10111) ASI-0091043/18 Dados de vítima: Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA CPF: 00227773423 CPF de: Proprio Titular do CPF: LUIZ ANTONIO DA SILVA Data de nascimento: 23/04/1960 Data do sinistro: 02/12/2015	

[Editar Documento](#) [Cancelar](#)

Page: 1 of 1 | Impressão: 2.380 B.T



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180315072 **Cidade:** Gurinhém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO ATUAL DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180315072 **Cidade:** Gurinhém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUAL DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180315072 **Cidade:** Gurinhém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSAO: AGRICULTOR Nº DO RG: 45.19.612  
ORGÃO EMISSOR: AA/São Cristóvão DATA DE EMISSÃO: 21/10/2003  
Nº CPF: 012.314.147.82 ENDEREÇO: R. JOSE ROBERTO IDALINO  
S/N NOVA CONQUISTA DONA INEZ PB

OUTORGADO: Fernando Luiz Nascimento Rodrigues  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSAO: CONSULTOR Nº DO RG: 02493868258  
ORGÃO EMISSOR: Detran PB DATA DE EMISSÃO: 04/11/2015  
Nº CPF: 813407107-49 ENDEREÇO: Rua Oldene Carneiro Pereira  
de Melo 154 Ap 105 JD. Oceanic João Pessoa PB.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário LUIZ ANTONIO DA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Inês PB, 12 de Setembro de 20 17.

x Luiz Antonio da Silva

Assinatura

### SERVIÇO REG. DE PESSOAS NATURAIS E NOTARIAL

Cartório Manoel Pedro, 188, Centro, Dona Inês-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

LUIZ ANTONIO DA SILVA

Dou fé, Dona Inês/PB - 12/09/2017

Notário: MÁRIO SÉRGIO ALVES MOREIRA

Emol R\$ 9,23, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,15, FEPJ R\$ 1,70

Selo Digital AEM82989-U02V

Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>



autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CONFREVSERVIÇO E REVISÃO

14 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. DE REG. DE PESSOAS



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Luiz Antonio da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
servente de pedreiro CI RG nº 3.583.112,  
CPF/MF nº 092.277.724-13 residente e domiciliado(a) à Rua  
Br 230, S/N - Centro ..,  
Cidade de Gurimhem, Estado  
Paraíba, CEP: 58356-000, telefone  
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. 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 perícias 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Sobrado, 05 de junho de 20 17.

Luiz Antonio da Silva

OUTORGANTE

Cartório de Registro Civil e Tabelionato  
Célia Maria Nunes Cabral de Santana  
Escriturante  
Gilvando Cabral da Santana Junior  
Escriturante Substituto  
Severina Ferreira de Oliveira  
Escriturante  
Sobrado Paraíba

Assinatura Digital: AFG 31354-SOMU  
Consulte a autenticidade em:  
<http://brasil.org.br>

Reconheço a(s) Firma(s) e Letras de per  
Autenticidade da firma  
Assinatura da Silva  
Em test. Reconheço a verdade  
Sobrado, 05 de 06 de 2017.  
Escriturante Substituto  
OFICIAL Santana