



**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 (atendimento 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 informação precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, atualizada 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 (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Nome completo da vítima

CPF da vítima

Nome completo da vítima

092.277.724-13

Guiz Antonio da Silva

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

Nome completo  
Guiz Antonio da Silva  
Rua 230  
Centro

CPF titular da conta

092.277.724-13

Profissão

servente pedreiro

Número

510

Complemento

Cidade  
Gurimhem

Estado  
PB

CEP

58356-000

Teléfono (DDD)

99312-1170

Para solicitar as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo o comprovante de residência do endereço informado.

**Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários**

- SEM RENDA
- ATÉ R\$ 1.000,00
- ACIMA DE R\$ 1.000,00

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

- BANCO DO BRASIL (001)
- ITAU (241)
- CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

Agência

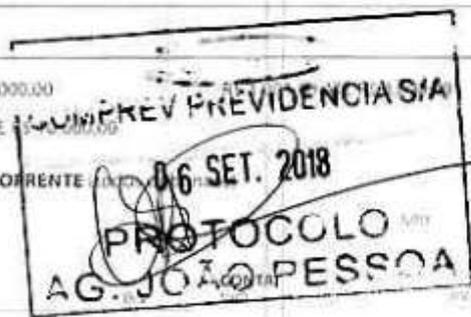
0733

Conta

340496

BANCO

AGENCIA



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Deixo o crédito, reconhecido 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



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

AGÊNCIA: 0733 - ITABAIANA DO NORTE  
CNPJ: 013.00034049-6  
CLIENTE: LUIZ ANTONIO DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

DEBITOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

ATA	VALOR
9/08	[REDACTED]

ATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
-----	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR [REDACTED]

Agosto

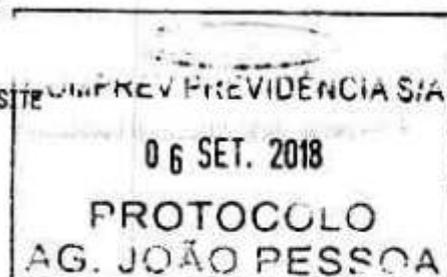
9/08	000000	REM BASICA	[REDACTED]
9/08	000000	CRED JUROS	[REDACTED]

RESUMO EM 03/09  
SALDO [REDACTED]

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO [REDACTED]  
SALDO DISPONIVEL [REDACTED]  
SALDO TOTAL [REDACTED]

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**

0800 726 2492

\*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**

0800 726 2492

\*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 sistema ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	092 277 724 33	Luiz Antonio da Silva
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Luiz Antonio da Silva	092 277 724 33	
Profissão:	Endereço:	Número:
Servente de Pedreiro	Rua: 230	50
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Curimhem	PA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58 356-000	

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

RECURSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 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)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: (0733)  CONTA: (00034049) (6)  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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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 de 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.

MORTE

**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: <u>São Paulo - PA 12/12/18</u>	<b>TESTEMUNHAS:</b>
Nome: _____	1ª   Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª   Nome: _____
<u>Luiz Antonio da Silva</u>	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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: 05/12/2012 HORA: 12:52:32  
TERMINAL: 0733001 CENTRO: 0733001001

AGENCIA: 0733 - ITABAIANA DO NORTE  
CENTRO: 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
19/11	5,26

DATA	NR_DOC	HISTORICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	5,240

Novembro

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

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  
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)

---

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 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

012.314.147-82

Nome completo da vítima

Luiz Antonio de Silve

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

Nome completo Luiz Antonio de Silve	CPF titular da conta 012.314.147-82	Profissão recusou-se
Endereço R. José Roberto, Idclimo	Município S/N	Complemento
Bairro Nova Conquista	Cidade Dona Fneis	Estado RJ
Email	CEP 58228-000	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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (003)     SIBRA (343)  
 CADA ECONÔMICA FEDERAL (109)

AGÊNCIA BICL: 0193    DUV:    CONTA BICL: 0553042    DUV: 3  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_  
 RUA: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ DUV: \_\_\_\_\_ CONTA BICL: \_\_\_\_\_ DUV: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dona Fneis 02 de Março 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 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 Bh. 230		Número 512	Complemento
Bairro centro	Cidade Gurumirim	Estado PA	CEP 68356-000
Email zeoluarossilva@hotmail.com		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: 00034049    D/V: 6  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA NRG: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_ CONTA NRG: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sobrado 08 de Junho de 2017

Local e Data

Luiz Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1950

1950  
1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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 EDDI, ANO E MODELO 2015, PLACA KFG 7997/PB, VERMELHA, CHASSI Nº 9C2KC1680FR216644, LICENCIADA EM NOME DE JULIO CLEITON MATIAS CAMARGOS 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 FISIOTERAPIA; QUE RETORNOU AO PRONTO SOCORRO NAS DATAS DE 10/07 E 17/07 DE 2017 PARA CONTROLE RADIOLÓGICO; QUE FOI DIAGNÓSTICADO 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 GRAÇAS ELIAS TEIXEIRA  
COMISSÁRIA DE POLÍCIA  
137.350-1

CO-IF-REV-Subsídio e Recurso  
14 MAR 2016  
AG. PRONTO Charles B. T. Ferreira  
AG. JOACIL



SODIP  
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Rua Maria Inês, Sudoeste  
Itaboraí

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
Joao Pessoa-PB 18/10/2017 16:38:21  
Charles Bernardo Torres Ferreira - Escrevente  
[2017-054400] EMUL R\$ 2,61 FAPEM R\$ 0,27 FEPJ R\$ 0,46 ISS R\$ 0,46  
SELO DIGITAL: #F0B374-3502  
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 fê.

João Pessoa/PB, 11 de abril de 2017.

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

  
\_\_\_\_\_  
LUÍZ 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 interdita 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

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 Inês de Marco de 2018

Local e Data

x Luiz Antonio da Silva

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 interdita 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



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: PARAÍBA UF: PB  
PACIENTE: Sr. Antônio  
NOME: Sr. Ferreira da Silva  
MÃE: Lindalva Maria da Silva  
SEXO: ( ) FEMININO (X) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1968 IDADE: 49  
PROFISSÃO/Ocupação:  
ENDEREÇO: Presidente João Pessoa  
MUNICÍPIO: Paraíso  
CNS: 0513349487 UF: PB  
FONE: Cód. IBGE do Município: 2905109  
DATA DO ATENDIMENTO: 29/06/17

SINAIS VITAIS  
T P R Hg I mm  
°C bpm irpm Kg mm  
PA Hg 140x90  
Dor na Escala de P-10:  
Dor:  Expressão facial de dor  Relato verbal de dor  
 Dor a estimulação tátil  
Local: Tórax

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO  
VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL  
Vítima de acidente de trânsito  
na região de Beberibe e de Beberibe  
pessoa que trabalha com comércio

- MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS  
1. Biquê verde 7500 - 1 (em 500 500 500)  
2. Óleo vegetal 361mm  
3. Drogas para  
4. Agulha para  
5. Lâmina de corte + PVP 500  
6. Otopostila - 500

HIPÓTESE:  
DIAGNÓSTICO: TCE CID:

TIPO:  
RESULTADOS:  
OUTRAS INFORMAÇÕES:  
SERVIÇOS REALIZADOS:  
CÓDIGO / PROCEDIMENTO: CBO IDADE  
ALERGIAS: *ninguém* DROGAS: *Atorvastatina 1*  
DOENÇAS PREEXISTENTES: *ninguém* MEDICAÇÃO EM USO:  
QUEIXA PRINCIPAL: *Dor + fúndos contínuos na face direita  
na região de mto.*

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA  
 CONSULTA BÁSICA (PAB):  
 CONSULTA ESPECIALIZADA:  
*Proc. Prém 22145*  
*Su. 1m*  
PROCEDIMENTO  
ASS. MÉDICO / CARIMBO:  
*Serviço de Saúde*

ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:  
ASS. MÉDICO AUDITOR / CARIMBO:  
*X. Daviana Silva de Abreu*

POLEGAR DIREITO:  
ASS. DO REVISOR / CARIMBO:  
*OK*





## 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 PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal: sistema de energia existente N° 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  
JOAO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/143510-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2017	20/10/2017	243	27/10/2017	R\$ 212,45

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



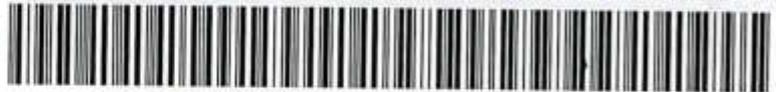
20/10/2017

RAPHAEL PERICLES DA SILVA BORGES

Roteiro: 11-006-630-5240

83650000002-8 12450149000-5 01435102017-8 10700006019-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/10/2017	R\$ 212,45	143510-2017- 10-7



CO-11 REV 2010  
14 MAR. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. 11-006-630-5240  
SSO

ELISABETE PROFIRO SOARES  
 RUA BR 230, S/N - CENTRO  
 OURINHEM/PB CEP: 58350000 (AG 113)

Emissão: 14/02/2018 Referência: Fev/2018  
 Classe/Sigla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230 Km25 - Cndr/Rosental-João Pessoa/PB - CEP: 58071-630  
 Retiro: 8 - 52 - 910 - 2883 Nº medidor: 00021098822

ENERGISA PARAIBA - DETRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins. Est: 18.015.625-0

Nota Fiscal / Contas Energia: 51002208791  
 Cód. para Deb. Automático: 00100170778

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNP. / RANI
Fev / 2018	14/02/2018	15/03/2018	8423381447

UC (Unidade Consumidora): **5/587077-9**

Canal de contato

- Levar o chuveiro 3 horas de chamar um electricista de confiança. Não esqueça a fazer o seguro. Cê um banho de segurança
- Chama os vizinhos e amigos e entre no comércio ao mobilite transmissor de dengue. Siga a campanha. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
16/01/18	12728	14/02/18	12830	30

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa D	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa
		Consumo em kWh	100,000	0,720290	72,02	72,02	26	18,00	72,02	0,81	3,74		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS													
9904	JUROS DE MORACI/2018		0,11	0,00	0	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00		
9909	MULTA 01/2018		1,59	0,00	0	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 73,72 72,02 18,00 72,02 0,81 3,74

Média últimos meses (kWh) **87**  
**VENCIMENTO 21/02/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 73,72**

Histórico de Consumo (kWh)											
30	06	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO 0214.0111.27cd.0e38 b8d2.cd3d.50d8.26f3.

Indicadores de Qualidade			12/2017	12/2018
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
50 DIENSAI	11,24	3,00		
50 DIENSTRAL	22,00			
50 DIENSAI	47,78			
50 DIENSTRAL	7,83	0,00		
50 DIENSAI	15,84			
50 DIENSTRAL	31,28			
50 DIENSAI	8,00	0,00		
50 DIENSTRAL	18,00			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Tarifas de Distribuição	18,00	24,42
Consumo de Energia	72,02	97,58
Juros de Morac	0,11	0,15
Multa	1,59	2,16
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>73,72</b>	<b>100,00</b>

COMPREV SEGUROS E PREVICIJA S/A  
 1 MAR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 520965XXXXX3655  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Demais Localidades: 0600 9406009



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



7211307021 98888 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 deve arcar com as taxas e juros apontados nesta fatura, incididos sobre o diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caixa de pagamento mínimo até o 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/BIBLIOTECAWEB/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 Lider-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	<u>58037-562</u>
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 do Declarante

COAF PREVENÇÃO E REVISÃO  
 14 MAR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. 10 SSO

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<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 Laiz Antonio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.277.724-13 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Laiz 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-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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Marinha</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-400</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>

João Pessoa, 05 de março de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS): \_\_\_\_\_  
 CNPJ/CPF: 11.420.456/0001-27  
 CÓDIGO DA UNIDADE: 2591774  
 NOME: PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 ENDEREÇO: AV. MAJOR AUGUSTO BEZERRA, 300 - CENTRO  
 MUNICÍPIO: DONA INÊS ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE: Prof. Antonio HORA: 22:00  
 NOME: Mrs Ferreira da Silva  
 MÃE: Fundação Maria da Silva  
 SEXO: ( ) FEMININO (x) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1988  
 PROFISSÃO/Ocupação: \_\_\_\_\_ IDADE: 49  
 ENDEREÇO: Presidente João Pessoa  
 MUNICÍPIO: Domus Inês UF: PB  
 CNS: 33.144.84 CÓD. IBGE DO MUNICÍPIO: 2805709  
 FONE: \_\_\_\_\_ DATA DO ATENDIMENTO: 29/06/17

SINAIS VITAIS  
 T: \_\_\_\_\_ PA: 100/90 mm Hg  
 P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ irpm  
 Peso: \_\_\_\_\_ Kg  
 Sinais vitais: \_\_\_\_\_

Dor na Escala de 0-10:  
 Dor:  Expressão facial de dor  Relato verbal de dor  
 Dor a estimulação tátil  
 Local: abd.  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
 VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO  
Vitima de acidente de trânsito  
no trânsito de ônibus  
para o trabalho  
em 29/06/17  
com dor no ombro  
de início súbito  
sem trauma  
sem perda de consciência  
sem vômito  
sem febre  
sem alteração de estado geral  
sem alteração de marcha  
sem alteração de sensibilidade  
sem alteração de reflexos  
sem alteração de força  
sem alteração de tônus  
sem alteração de equilíbrio  
sem alteração de coordenação motora  
sem alteração de sensibilidade  
sem alteração de reflexos  
sem alteração de força  
sem alteração de tônus  
sem alteração de equilíbrio  
sem alteração de coordenação motora

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS  
 1. Algodão 750ml  
 2. Ortoplasta 361mm  
 3. Desinfetante  
 4. Algodão 750ml  
 5. Algodão 750ml  
 6. Algodão 750ml  
 7. Algodão 750ml

HIPÓTESE: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: TCE

TIPO: \_\_\_\_\_  
 RESULTADOS: \_\_\_\_\_  
 OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_

SERVIÇOS REALIZADOS:  
 CÓDIGO / PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 CBO: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: ninguém  
 DOENÇAS PREEEXISTENTES: ninguém  
 DROGAS: Alcodista 1  
 MEDICAÇÃO EM USO: ninguém

QUEIXA PRINCIPAL: Dor no ombro contínuo no local do acidente de trânsito  
 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA  
 CONSULTA BÁSICA (PAB)  
 CONSULTA ESPECIALIZADA: PROCEDIMENTO  
Em Dor 22:45  
Suave

ASS. DO MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 ASS. MÉDICO AUDITOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO REVISOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_

ASS. DO MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 ASS. MÉDICO AUDITOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO REVISOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
XDawance Silva de Abreu  
ASS. DO REVISOR / CARIMBO







**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







UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS): \_\_\_\_\_  
 CNPJ/CPF: 11.420.456/0001-27  
 CÓDIGO DA UNIDADE: 2591774  
 NOME: PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 ENDEREÇO: AV. MAJOR AUGUSTO BEZERRA, 300 - CENTRO  
 MUNICÍPIO: DONA INÊS ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE: Prof. Antonio HORA: 22:00  
 NOME: Mrs Ferreira da Silva  
 MÃE: Fundação Maria da Silva  
 SEXO: ( ) FEMININO (x) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1988  
 PROFISSÃO/Ocupação: \_\_\_\_\_ IDADE: 49  
 ENDEREÇO: Pr. Presidente João Pessoa  
 MUNICÍPIO: Domus Inês UF: PB  
 CNS: 5273341437 Cód. IBGE do Município: 2805709  
 FONE: \_\_\_\_\_ DATA DO ATENDIMENTO: 29/06/17

**SINAIS VITAIS**  
 T: \_\_\_\_\_ PA: 100/90 mm Hg  
 P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ irpm  
 bprn \_\_\_\_\_ Kg  
 Soro % \_\_\_\_\_ Dor na Escala de 0-10: \_\_\_\_\_  
 HgI \_\_\_\_\_ mg/dl Dor:  Expressão facial de dor  Relato verbal de dor  
 Local: \_\_\_\_\_ Dor a estimulação tátil

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
 VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO**  
 História de onset de modo  
 a ser de embuço  
 para o momento de chegada

- MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS**
1. Aspirina 500mg
  2. Paracetamol 500mg
  3. Dipirona 500mg
  4. Aspirina + Paracetamol
  5. Aspirina + Paracetamol + PVP
  6. Aspirina 500mg
  7. \_\_\_\_\_

HIPÓTESE: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: TCE

TIPO: \_\_\_\_\_  
 RESULTADOS: \_\_\_\_\_  
 OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS REALIZADOS:**  
 CÓDIGO / PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 CBO: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: mgca  
 DOENÇAS PREEEXISTENTES: mgca  
 DROGAS: Aspirina  
 MEDICAÇÃO EM USO: mgca

QUEIXA PRINCIPAL: Dor e fadiga contínuas na face direita  
no acidente de moto.

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA**  
 CONSULTA BÁSICA (PAB)  
 CONSULTA ESPECIALIZADA: PROCEDIMENTO  
Em Dor 22:45  
Sufor

ASS. DO MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASS. MÉDICO AUDITOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO REVISOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_

POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_  
 ASS. DO MÉDICO AUDITOR / CARIMBO: XDawance Silva de Abreu  
 ASS. DO REVISOR / CARIMBO: \_\_\_\_\_



RELACIONADO / EVIDENCIADO POR

PRESCRIÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

INVESTIGAÇÃO:

Paciente admitido vítima de acidente de trânsito com fratura de lacrima de lábio maxilar superior it região frontal e da calcanhar com edema tibial, mga alongos sem uso de medicação.

J. S. SILVA  
Lafon-PE - 449627

RESOLUÇÃO:  Liberado  Observação  Transferido  Óbito  Evadido-se do local  Recusou procedimento  Recusou transferência

PROFISSIONAL COREN DATA

SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS ESTADO INICIAL CRÍTICO INSTÁVEL GRAVE MODERADO LEVE ESCALONADO

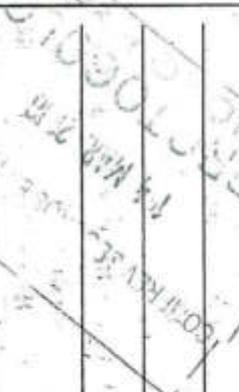
Table with columns for vital signs: HORA, PA mmHg, Fr (rpm), Fc bpm, SPO2%, Tax°C, HGT mg/dl, ECG, GLASGOW. Includes checkboxes for OXIGÊNIO, CAT. NASAL, ASPIRAÇÃO DE VVA, CAN. OROFARINGEA, AVP ABOCA TH, CURATIVO, FRATURA-LOCAL, IMOBILIZAÇÃO, OUTROS.

REGULADO? ( ) SIM ( ) NÃO UNIDADE REFERENCIADA:

TRANSFERIDIO POR:

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Dor aguda, Eliminação urinária prejudicada, Hipertermia, Hipertensão induzida pela gravidez, Risco de comportamento agressivo, Risco de sangramento, Mobilidade física prejudicada, Náuseas, Ris. para aspiração, Risc. Para func. Resp. air., Percepção sensorial perturbada, Confusão aguda, Integridade da pele preju, Risco p infc., Ansiedade, Podráo resp. Ineficaz, Risc. P. vol. Líqui. Deficiente

Outros:



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) PTÉC. DE ENFERMAGEM

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

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

ASSINATURA COREN

ASSINATURA COREN



**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







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: ~~00000000~~ *Ortopedia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA  
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  
F. Residência: BAIRRO BR 230

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2016.12.000120

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 [ ] Dispineia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

Quiloxa Principal

*Trauma no antebraço*

*Priscilla Fialho de A. Fialho*  
ENFERMEIRA

GOEN-PB 222453

IMPREV  
IMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Diagnostico

Conduta

*Ent. expõe antebraço @*

*As blocos cirurgias para o crânio*

Prescricao

Horario da medicacao



ca e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Medico

CONSENTIMENTO REALIZADO

FINAL DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel: *Maria José da S. Barbosa*

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02 / 12 / 14

Nome: Leizy Antônia  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

QPD: Febre alta com exantema

HDA: Febre de início de novo com FC

em antebrazo esquerdo com exantema

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

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Icterícia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:**  Cefaleia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectoração  Hemoptise  
 Dispneia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor \_\_\_\_\_  Pirose  Solução  Regurgitação  Hematêmese  Náuseas  
 Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hematúria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor \_\_\_\_\_  Rigidez pós-reposu  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSQ:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Weg Anderson do Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>15/12/10</i>	Cirurgião: <i>Dr Roberto B...</i>		Assistente: <i>Dr Roberto B...</i>		
2º Assistente: <i>Dr Tello B...</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Tumor de glândula parotídea 9: 564 (8)</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				EMP:	CID
				Assistente:	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 ( ) Sim					
2 ( ) Não					
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					

COMPREV  
COMPREV SEGURIDADE E PREVIDENCIA S/A  
19 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- ② Aproximadamente 1 hora de preparo e a pessoa de comparecimento obrigatório

Incisão:

- ③ De decúbito dorsal sob escópio com flange na parte de trás

Achados:

- ④ Cisto duro e fôlo pelo bônus

Conduta

UNIMPREV  
UNIMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
1 MAR. 2016

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Dr. Fernando Tasso Cavallini  
CRM 20554  
Médico - Radiologia - Otorrinolaringologia

15 DEZ. 2016

Data: / /

MÉDICO/CRM



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luiz Antônio</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cór:	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:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura fechada em desalinhamento</i>					
<i>Esquerda carpal</i>					
<u>CIRURGIA</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Cirurgião:				1º Assistente:	
2º Assistente:				Instrumentador:	
Horário:					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LMC</i>					
<i>Osteossíntese</i>					
DIAGNÓSTICO					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 ( ) Sim					
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					

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DMH  
Anestesia e anti-sepsia  
Aproximação de campos estéril

Incisão:

Ampliação de incisão em face posterior de  
ombreira (C)

Achados:

Fratura exposta cominada do osso de ombreira  
esquerda

Conduta:

lavagem abundante isométrica 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 de  
ulna (C) e fixação com parafuso interfragmentário e  
placa DCP 8 furos e parafusos  
lavagem com SF 0,9%  
Sutura por placas

Rechamento: Limpeza e Curativos

OB8:

- Observar perfuração distal, alta chuma de S. Langer  
- Observar sangramento e FO

AG. PROTOCOLO  
1 MAR 2018  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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, abdomen sem queixas, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Escoriações em MMII e MMSS, dor em 3º pododáctgilo 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:

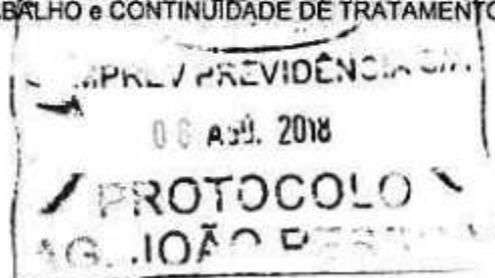
Imobilização.

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 1111874	Nome LUIZ ANTONIO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 03/04/1998	Idade 18 anos 7 meses 29 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe RITA MARIA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Proprietário
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	IP Cms
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	UF PB
Local de procedência BR 230		Logradouro MUTRAO
Email	Naturalidade GURINHEM	Bairro ZONA RURAL

Endereço

CEP 58358000	Município de residência GURINHEM	UF PB
Número S/N	Complemento	

Admissão

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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por  
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

Impressão





# Primeiro Atendimento Médico



HL

1000004663466 BE. 964892  
LUIZ ANTONIO DA SILVA  
DT. NASC.: 03/04/1988  
MÃE: RITA MARIA DA SILVA

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

RND. HUVERRO  
N. S/M - ZONA RURAL  
GURINHÉM  
FONE: ( )  
CELULAR: ( )  
IDADE: 16  
QT. ENTRADA

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Lesão de cabeça com fratura de crânio fechada, fratura de tórax com hemoqueleto e fratura de fêmur fechada.*

**EXAME PRIMÁRIO**

VIAS AÉREAS  Parvas  Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

VENTILAÇÃO: 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 - RUIDOS

Sim  Não

HTD: Roncos, Sibilos, Estertores

HTE: Roncos, Sibilos, Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

**CIRCULAÇÃO**

COR DA PELE:  Normal  Pálida  Cianótica  Pletoica  Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:  Normal  Quente  Fria

PULSO:  Normal  Aumentado  Fino  Ausente

**AUSCUTA CARDÍACA**

RÍTIMO:  Regular  Irregular  Ausente

BULHAS:  Normalonéticas  Hipofonéticas  Hipofonéticas  Ausente

SOPRO:  Presente  Ausente

BE OU BA:  Sim  Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

EKG: \_\_\_\_\_

**ABDOMEN:** *Normal*

**DÉFICIT NEUROLÓGICO**

Pupilas:  Fotorreagente  Paralisadas  Isotóricas  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
À 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
<b>TOTAL:</b>					

OPREV. PREVIDENCIA S/A  
R. 331, 2018  
PROTÓCOLO  
G. 1040



BE: 954992  
 LUIZ ANTONIO DA SILVA  
 DT. NASC.: 03/04/1966  
 RG: RITA MARIA DA SILVA

# AValiação de ENFERMAGEM

# B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
 END.: RUTERAO  
 N. S/N - ZONA RURAL  
 QURINHEN  
 FONE: ( )  
 CELULAR: ( )  
 IDADE: 48  
 DT. ENTRADA: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA:  Domicílio  Ambulância de resgate  Ambulância SAMU  
 TIPO DE ACIDENTE:  Queda  Atropelamento  Choque elétrico  Queimadura  
 Envenenamento  Incêndio  Explosão  Atroa de Fogo  Atroa branca  Outros \_\_\_\_\_

TIPO DE LESÃO:  Ferura fechada  Ferimento aberto  Escorção  Laceração  Queimadura  
 Mordedura  Objeto encaixado  Ferimento contuso  Amputação membro  Outros \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO:  Membros sup.  Membros inf.  Tórax  Cabeça e pescoço  Outros \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS (sintomas): \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

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

Sistema Neurológico:  Consciente  Inconsciente  Orientado  Desorientado  
 Nível de Consciência: \_\_\_\_\_  
 Avaliação das pupilas: Simétricas:  Isotônicas  Anisocóricas  Mioticas  Mioticas

Sistema Respiratório:  Ventilação normal  Ventilação espontânea  Não libera secreções  
 Traqueocanoa  Respiração rápida  Obstrução parcial das vias aéreas  
 Respiração ruidosa  Suporte ventilatório não invasivo  Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:  Pulso suante  Pele fria e úmida  Perfusão tissular satisfatória  
 Taquicardia  Bradicardia  Perfusão tissular comprometida  
 Palidez  Outros \_\_\_\_\_

Sistema Digestório:  HDA  Uso de SNG  Vômitos  Dor à palpação superficial  
 HDB  Corpo eruzado  Dor à palpação profunda  
 Curvar:  Rigidez abdominal  Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:  Dúctis  Hematúria  Cólquica  Felúria  SVD  Outros \_\_\_\_\_  
 Hipertensão  Diabetes  Câncer  Alergias  Cirurgias

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:  Intenções  Outros \_\_\_\_\_  
 Especificar: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAÇÃO?  Sim  Não Especificar \_\_\_\_\_

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: \_\_\_\_\_

IMUNIZADO CONTRA O TÊTANO?  Sim  Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: *Paciente frágil, falto de*  
*boa cicatrização, histórico de diabetes e*  
*melho. Siga p. EPL por ferida cirúrgica*  
*[Assinatura]*

DESTINO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ COREM: \_\_\_\_\_ F(NG) ENF 022-1

PREV PREVIDÊNCIA S/A  
 08 ABR 2018  
 PROTOCOLO  
 06.1040.0000



# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

123.33890.68-3

NÚMERO

4519612

SÉRIE

001-0

UF

RJ

*Luiz Antônio da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



COPIA RELEVANTE  
AG. 14 MAR 2016

NOME: LUIZ ANTONIO DA SILVA

LOC. DE NASC.: PARAIBA - PB

22/06/1968  
MASCULINO

FILIAÇÃO: ANTONIO JOSE DA SILVA

LINDALVA MARIA DA SILVA

DOI. APRESENTADO. R.G. 090729161 IFF RJ

ESTADO CIVIL: CASADO

LEI Nº 048, DE 19 DE MAIO DE 1996

RG: 090729161

CPF: 012.314.147-82

T. ELEITOR: 28149991287

SEÇÃO: 064

ZONA: 014

LOCAL DA EMISSÃO: A.A. / SAO CRISTOVAO

EMISSÃO: 21/10/2003

Ministério do Trabalho e Previdência Social  
Departamento Regional do Trabalho

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÃO	HABILITAÇÃO	DATA DE NASC. ATUALIZADA	NOME DO DOCUMENTO				

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

digito verificador: 00

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

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

8119.F093.56CB.F92B

CÓDIGO DE CONTROLE



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

CONF. REC. FISC. E. CAD. FÍSICO  
14 MAR. 2013  
PROTOCOLADO  
AG. JO... SSO

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA DEFESA  
CORPO DE FURTO E FURTO DE DOCUMENTOS  
CORPO DE FURTO DE DOCUMENTOS

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

1º HABILITAÇÃO  
01/12/1984

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
04/11/2015

Aristeu Chaves Sousa  
Depto. Superintendência DE TRAFIC

ASSINATURA DO EMISSOR

65888953619  
PB031571662

DETRAN/PB - PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169687961



1169687961

COPIA RELEVADA  
14 MAR 2017  
PROTODIG  
AG. DE TRAFIC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

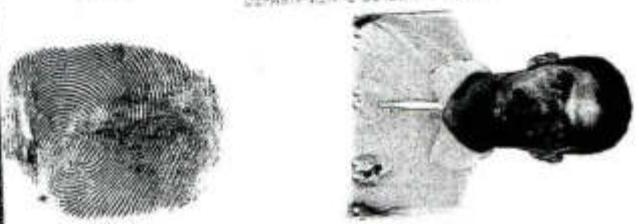
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-063



*Luiz Antonio da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 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

LEI Nº 9.696, de 1998





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013152505743  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 Nº 20171400004859-1  
 VIA COTA ÚNICA Nº 0105483681-4 00/00000000 2017

NOME  
 JULIO CLEITON MATIAS CAMPOS  
 CPF / CNPJ 09828619407 PLACA QFG7997/PB  
 PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC1680FR216644 CHASSI

ESPECIE VEICULO COMBUSTIVEL  
 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL  
 HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015  
 2ª P/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA 00700/0000 1ª VENC / COTAS  
 FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª  
 V \*\*\*\*\*

PRÊMIO \*\*\*\*\* SEGURO P A G O 12/07/2017  
 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
 DONA I 396  
 13/07/2017 16632

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 13/07/2017

VIA JULIO CLEITON MATIAS CAMPOS PLACA  
 RENAVAM MARCA / MODELO Nº CHASSI QFG7997/PB

0105483681-4 PRÊMIO HONDA/CG150 FAN ESDI  
 FAS (R\$) 2015 9 DENATRAM (R\$) 9C2KC1680FR216644 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURO P A G O  
 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.248.908/0001-04  
 16632-0843149-20170713

AG. J.C. FROTOLO S.S. 14 MAR 2017  
 COM. KEL... S.S. 14 MAR 2017

DENTRAN

CONTRAN

1 MAR. 2018  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOAO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SA

012654043534  
 2016030006543  
 0100719171-5  
 00/00000000  
 2016

LOIZ ANTONIO DA SILVA  
 09227772413  
 0900185/PB

9C2J80100C8212879  
 GASOLINA

PAS/MOTOCICLETA/MAO APPLIC  
 2016 2016  
 2 P/109 /CT  
 PARTIC

10007191715  
 2016 9  
 9C2J80100C8212879  
 0

SEGURO  
 P A G O  
 20/05/2016

A.F. ADV. BR. COM. RACION ERDA LTDA  
 0  
 23/05/2016  
 7903731

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SA  
 09227772413  
 0900185/PB

2016 23/05/2016  
 01007191715  
 2016 9  
 9C2J80100C8212879

SEGURO  
 P A G O  
 20/05/2016

A.F. ADV. BR. COM. RACION ERDA LTDA  
 0  
 23/05/2016  
 7903731

7903731

7903731

SIS DPVAT - Sinistros

Seguradora Líder das Condições de Seguro DPVAT

Atividade

Atividade Seguradora Líder

Ativo

Atividade Seguradora

Atividade

Diplomação

Atividade

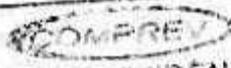
Detalhe do Sinistro

Sinistro | Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
20/03/2018 11:45	Cancelar processo	Sinistro cancelado por RAFAEL ARAUJO MACILIANO (COMPREV SEGURADORA S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
20/03/2018 09:17	Disco fixo	Parceira Silva de Oliveira (COMPREV SEGURADORA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para RAFAEL ARAUJO MACILIANO.	
19/03/2018 14:31	Carga malhada	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 DepPropra ( ) informou que recebeu os documentos de remessa.	
14/03/2018 15:47	Ativo Seguradora Líder	<p>Ativo Seguradora Líder de Invalidez registrada por:</p> <p>Localidade: PARCELA DO CASO DE UMA</p> <p>Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A</p> <p>Dependência: Comprev Previdência S/A - Cial (João Pessoa - PB 10111)</p> <p>ASI-0091049/18</p> <p>Dados de vítima:</p> <p>Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA</p> <p>CPF: 00227773423</p> <p>CPF de: Próprio</p> <p>Título de CPF: LUIZ ANTONIO DA SILVA</p> <p>Data de nascimento: 23/06/1960</p> <p>Data do sinistro: 02/12/2015</p>	1/3

Editar Documento | Cancelar

10/07/2018

  
**COMPREV PREVIDENCIA S/A**  
 10 JUL. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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: Detecm PB DATA DE EMISSÃO: 04/11/2015  
Nº CPF: 813407107-49 ENDEREÇO: Rua Oldene Carneiro Renanc  
de Melo 154 Ap 105 JD. Oceanic João Pessoa PB.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima 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.tjpb.jus.br>



autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CONFREVA SEMPRE E REVISE

14 MAR. 2016

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 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
15 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  
Escriturária  
Gilvando Cabral da Santana Junior  
Escriturário Substituto  
Severina Ferreira de Oliveira  
Escriturária  
Sobrado Paraíba

Consulte a autenticidade em:  
<http://seidigital.tpb.jus.br>

Reconheço a(s) Firma(s) e Letras de per  
Autenticidade de Luiz  
Antônio da Silva  
Em test. Reconheço a verdade  
Sobrado 05 de 06 de 2017.  
Severina Ferreira de Oliveira  
OFICIAL Santana