
Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190190479

Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SEVERINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190190479

Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO SEVERINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00066.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00066.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:53 horas do dia 27 de fevereiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Paulo Severino da Silva**, conhecido(a) por Foguinho, CPF nº 700.153.994-51, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria Carmelita da Silva e Severino Fernando da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 02/06/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Novo I, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Associação de Carpineiro, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Engenho Novo I, nº S/N, Casa Na Zona Rural, Próximo Ao Sítio Engenho Novo I, Pedras de Fogo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/06/18 19:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo FACTOR YBR 125 K, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2012/2013, placa NPV-9961, chassi 9C6KE1520D0134545, renavam 00019212402, características gerais: N°. C.r.l.v.: 012974074024; n°.p.r.t.: 20170000006492-5; n°. Motor: E3g9e-134598; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Cabedelo/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jussara Arnaud Ferreira; residente Na Rua Manoel Alves Casado, Nº. 411, Casa, Centro, Cabedelo/pb.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NA LOCALIDADE TAMBÉM JÁ DESCRITA ACIMA CAIU EM UM BURACO DA ESTRADA E PERDEU O CONTROLE DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, C.R.M.:2329/PB.

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.

Delegado(a) de Polícia Civil
Assinatura: [illegible]
Data: 27/02/2019
Hora: 17:53h



Procedimento Policial: 00066.01.2019.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado de
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 27 de fevereiro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação



PAULO SEVERINO DA SILVA
Noticiante

Governo do Estado da Paraíba
Secretaria de Segurança Pública
Alexandre José Nunes de Souto Lima
Comarca de Lucena - 27.02.2019



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:

Nome completo da vítima:

700.153.934-51

Paulo Severino da Silva

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

Nome completo:

Paulo Severino da Silva

Profissão:

Recuso

Endereço:

Sítio Engenho Novo

CPF: 700.153.934-51

Número: 311 Complemento: Casa

Bairro:

Área Rural

Cidade:

pedras de fogo

Estado:

PB

CEP:

58238-000

E-mail:

Tel. (DDD): 83 3384 08-8428

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3487

CONTA:

92086

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando oente, 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:

João Pessoa, 32/03/2019

Nome:

Ubirlandia Rosendo Gomes de

CPF:

053.320.684-13

Ubirlandia Rosendo B de Liqueiro

(*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º

Nome: Felipe M. da Silva F. de M. P. da Silva

CPF:

014.117.534-93

Felipe M. da Silva F. de M. P. da Silva

Assinatura

2º

Nome: RENAN DE CARVALHO SILVA

CPF:

090.459.114-00

Renan de Carvalho Silva

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

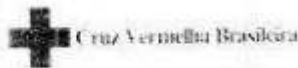
Assinatura do Procurador (se houver)

12 MAR. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência de inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1090291



Identificação do paciente

ID 1300598	Nome PAULO SEVERINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33 anos 22 dias	Estado civil Prontuário
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA	Pai SEVERINO FERNANDO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) UBERLANDIA ROSENDO BORGES DE FIGUEIREDO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986845785	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3716085	Nº Cna
Local de procedência PEDRAS DE FOGO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R

Endereço

CEP 58058236	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JULIO RIQUE FILHO
Número 51	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 24/06/2018 20:42:46	Número da pulseira 1000006534022	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vero de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

ALTA DA CIR. CORR
12% ROSPIRAC

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES	Tempo 02min 34seg

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
12 MAR. 2019
PROTOCOLADO
AO JOAO PESSOA

Imprimir

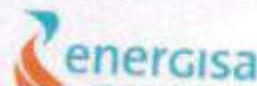
Dr. Igor Nunes de Souza
MEDICO
CRM-5858 PB

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Modelo para sistema: pagamento da nova fatura de energia elétrica Nº 019.067.095



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 238, Km 25 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 09.095.189 / 0001-40 Insc. Est. 16.815.023-9

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO FERNANDES DA SILVA
RIT ENGENHO NOVO 15N CASA
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1034131-1

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

23/01/2019

CONSUMO

77

VENCIMENTO

30/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 53,84

Acesse: www.energisa.com.br



SEVERINO FERNANDES DA SILVA

Foneiro: 14-266-937-0860

83610000000-6 53840054000-0 10341312019-9 01700286019-9

VENCIMENTO

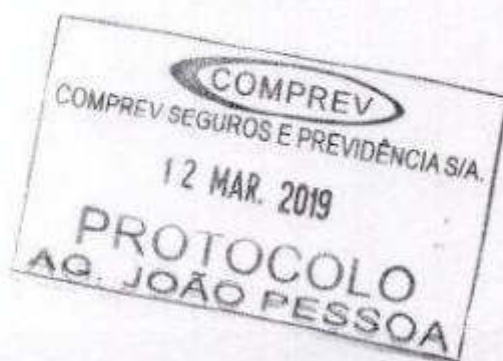
30/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 53,84

MATRÍCULA

1034131-2019-01-7



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jussara Amanda Ferreira
RG nº 1840243, data de expedição 10/05/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 000.182.124-02
com domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de Paraná
Rua Camilo de Holanda, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 441
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Severino da Silva, cujo o condutor era
Paulo Severino da Silva.
Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha Factor 132 Ano: 2012
Placa: NPV9461 Chassi: 9C6KE1520D0134545
Data do Acidente: 24/06/2018

Local e Data: Cabedelo-PB 30/03/2019

Foi feita
a Declaração
em 30/03/2019



Jussara Amanda Ferreira
Assinatura do Declarante

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



Figueiredo Domelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Adolfo Prágo, 25 - Centro - CEP: 51010-000 - Recife - PE

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de
JUSSARA AMANDA FERREIRA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 30/03/2019 13:45:22
Robson Roberto Alexandre Martins - Proposto
(2019-001274)ENL:R\$ 89,91 PASEM:R\$ 0,29 FEPJUR: 1, PASEM:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1C62776-D008
Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.jus.br>



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jussara Amanda Ferreira
RG nº 1840243, data de expedição 10/05/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 000.182.124-02
com domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de Paraná
Rua Camilo de Holanda, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 441
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Severino da Silva, cujo o condutor era
Paulo Severino da Silva.
Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha Factor 132 Ano: 2012
Placa: NPV9461 Chassi: 9C6KE1520D0134545
Data do Acidente: 24/06/2018

Local e Data: Cabedelo-PB 30/03/2019

Foi feita
a Declaração
em nome de



Jussara Amanda Ferreira

Assinatura do Declarante

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



Figueiredo Domelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Adolfo Prágoa, 55 - Centro - CEP: 51010-000 - Cabedelo - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de
JUSSARA AMANDA FERREIRA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 30/03/2019 13:45:22
Robson Roberto Alexandre Martins - Proponente
(2019-001274)ENL:R\$ 89,91 PASEP:R\$ 0,29 FEPJUR: 1, PASEP:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1C62776-D008
Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.jus.br>





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	PAULO SEVERINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/06/85
NOME DA MÃE	MARIA CARMELITA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.090.291
DATA DO ATENDIMENTO	24/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega desmaio, encontra-se alcoolizado, trauma de face, TC de crânio apresenta fratura de complexo zigomático direito. Consciente e orientado. Nega perda da consciência. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de bacia
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

TCC : sinais de fraturas de maxilar direito, de arco zigomático direito, sem sinais de fratura em calota craniana.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	25/06/18
DATA DA EMISSÃO:	31/08/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos estabelecimentos de saúde, para fins de INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente PAULO SEVERINO DA SILVA		BAE 1090291	Data/Hora Entrada 24/06/2018 20:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33a 23d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986845785
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA		Prontuário		
Endereço DESEMBARGADOR JÚLIO RIQUE FILHO, 51		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES	Nº Cons. Regional 4072/
Data/Hora Classificação 24/06/2018 20:48:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2018 01:03:49		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE HÁ +/- 6 HORAS. NEGA DESMAIO E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. AFIRMA VÔMITO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE ALCOOLIZADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. VIAS AÉREAS PERVIAS. AO EXAME DE FACE APRESENTA EDEMA PERIORBITARIO DIREITO ABRASÕES EM REGIÃO MALAR D, SUPERCILIAR D E MENTUAL. AO EXAME TOMOGRAFICO APRESENTA FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMATICO - MAXILAR DIREITO

- CD:
- 1- AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO
 - 2- PRESCRIÇÃO DOMICILAR
 - 3- ALTA BMF COM RETORNO AO HTOP (29/06/2018)

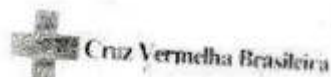
Conduta

Em observação

PAULO SEVERINO DA SILVA

Autran da Nobrega Alves
Cirurgia BUCCO-MAXILO-FACIAL
CRO-PB: 4072
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(: 4072/)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente PAULO SEVERINO DA SILVA		BAE 1090291	Data/Hora Entrada 24/06/2018 20:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33a 23d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986845785
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA		Prontuário		
Endereço DESEMBARGADOR JÚLIO RIQUE FILHO, 51		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 20:48:01		Data/Hora Prescrição 25/06/2018 00:19:10		

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA*****

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM USO DE CAPACETE AS 18:00 APROXIMADAMENTE: VEIO DE PEDRAS DE FOGO-PB.

AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR
SINAIS DE TRAUMA EM FACE A DIREITA, HEMATOMA PERIORBITÁRIO DIREITO

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO: SINAIS DE FRATURAS DE MAXILAR DIREITO, ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO, SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO.

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS ATÉ C7

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

PAULO SEVERINO DA SILVA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO SEVERINO DA SILVA		BAE 1090291	Data/Hora Entrada 24/06/2018 20:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33a 23d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986845785
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JÚLIO RIQUE FILHO, 51	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB	
Data/Hora Classificação 24/06/2018 20:48:01	Data/Hora Prescrição 24/06/2018 22:03:14			

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO(QUEDA), ORIUNDO DE PEDRA DE FOGO TRAZIDO POR FAMILIARES, APRESENTANDO MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES NA FACE, MMSS E MMII. SUFUSÕES HEMORRÁGICAS PERIORTAL DIREITA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. NÃO USAVA CAPACETE. SINAIS DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICAS. GLASGOW 15, SONOLENTO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES. CORADO, EUPNÉICO.

CM: ANALGESIA + CURATIVO
PARECERES ORTO+NC+BMF

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MG/SM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 10 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 50 ML DE SF 0,9 %)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COLUMA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
AV. JOAO PESSOA

Dr. Fernando Ramalho Diniz
CRM 2797
033 00 2797

Bolém registrado por: TALA MANUELA SUARES VIRGINIO DA SILVA em 24/06/2018 20:45:20

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0	ML					
2 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML	Observação: DILUIDO EM 10 ml de AD	E.V.			CONTINUA
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação: DILUIDO EM 50 ml de SF 0.9 %	E.V.			AGORA
4 PARECER ORTO	0.0		Observação: POLITRAUMA	E.V.			AGORA
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: POLITRAUMA				
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0		Observação: POLITRAUMA				

CRM: 2797

24 de Junho de 2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831394503

Paciente: PAULO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc: 02/06/1985 - 33 anos

Data Exame: 24/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Hematoma periorbitário a direita.

Fratura do complexo maxilo-zigomático a direita.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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

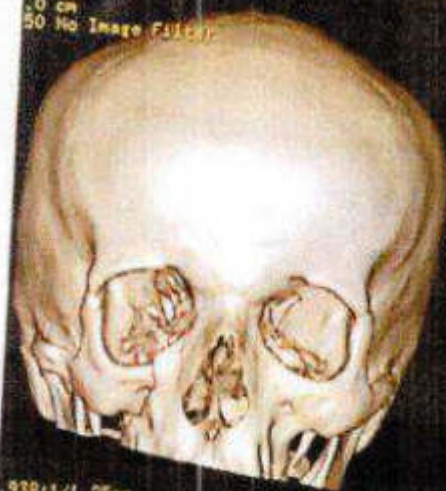


Este laudo foi liberado em 25/06/2018 09:49


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

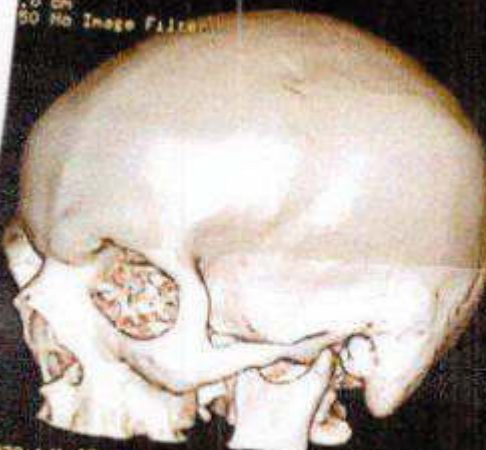
ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

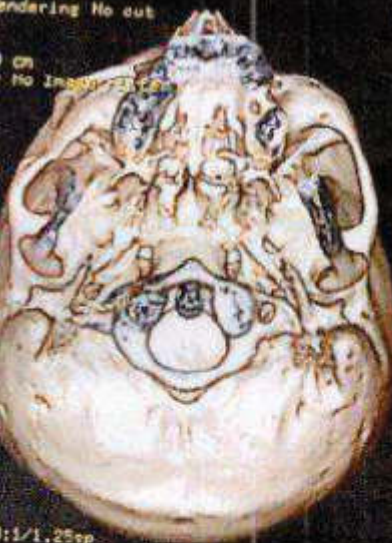
ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

Ex:Jon 2Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2Rendering No cut

0 cm
50 No Image Filter



.938:1/1.25sp

L = 35

ILA

SEP

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2

Volume Rendering No cut

SPDV 25.0 cm
SOFT/SSSO No Image Filter



1.3m 1.938:1.17sp

L = 35

ILA

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2

PAULO SEVERINO DA

Ex:Jun 2

PAULO SEVERINO DA

PAULO SEVERINO DA SILVA

Ex:Jun 24 2018

COMPROVADO
Pelo Presidente da SIA

ent ID: 000000067096
e: 33Y
Patient Name: PAULO SEVERINO DA SILVA
Sex: M

Nome: <u>PAULO SEVERINO DA SILVA</u>		N de BE: <u>1092304</u>
Idade: <u>33</u>	Sexo: <u>MASC</u>	Clínica: <u>BMF</u>
Data de admissão: <u>04.07.18</u>	Alta: <u>05.07.18</u>	Enf.: <u>TRANS</u> / Leito: <u>M-03</u>
Diagnóstico de Internação:		Tempo de Permanência:
<u>FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO</u>		
Diagnóstico Definitivo:		
<u>FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO</u>		
Diagnóstico Secundário:		
Principais exames: <u>CLÍNICOS + IMAGEM</u>		
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO 04.07.18 DR. AUREAN NOBRE DA SILVA DR. CLAUDIO HESTON</u>		
Biópsias:		
Anatomia patológica:		
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não ()		
Resultado bacteriológico:		
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()		
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:		
<u>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DOMICILIAR, HÁ 11 DIAS, COMANDO TRAUMA DE FACE E FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. A MESMA, SUBMETEU A REDUÇÃO DA FRATURA, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERFERÊNCIA.</u>		
Dieta: <u>LÍQUIDO - PROTESIS</u>		Orientações Pós Alta
Repouso:		
Relativo em casa por, <u>15</u> dias.		
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.		
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, <u>35</u> dias.		
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.		
Medicações para casa: <u>ATB + DINES</u>		
Retorno:		
Ao posto de saúde em <u>13.07.18</u>		para retirada de ponto.
Ao ambulatório		em 30 dias para revisão.
João Pessoa: <u>05</u> de <u>07</u> de <u>18</u>		<u>COMPREV</u>
		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		Ass. Médico/CRM
<u>PROTÓCOLO</u>		<u>Dr. Assis Filho</u>
<u>AO JOÃO PESSOA</u>		<u>CRM - 3267</u>



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 3.716.085 DATA DE EMISSÃO 29/10/2008

FILIAÇÃO SEVERINO FERNANDO DA SILVA MARIA CARMELITA DA SILVA

NATURALIDADE ITABAIANA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1985

DIG. ORIG. NASC. N. 5486 FLS. 138V LIV. A 6

CARTÓRIO SÃO MIGUEL TAIPU PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.114 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

700.153.994-51

Nome

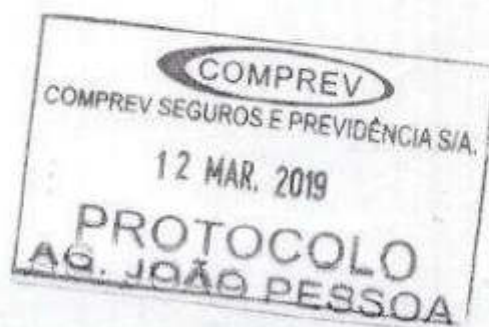
PAULO SEVERINO DA SILVA

Nascimento

02/06/1985

VÁLIDO

COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **012974074024**
80549442290
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA **PK1** 20130000006422-5
1 0050851613-7 00/00000000

TIPO DE VEÍCULO
JUSSARA ARNAUD FERREIRA
RUA MANOEL ALVES CASADO 411 CS
CENTRO
58310000 CABEDELO-PB

PLACA 00019212402 PLACA NPV9961/PB

DETENTOR ANIELLY CARNEIRO DE MOURA

PLACANTE/UF **PCVO PB** CHASSI **9C6KE1520D0134545**

CATEGORIA PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K
CAPACIDADE 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA
ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Nº Motor : K3G9E-134590

CABEDELO-PB LOCAL 19267 DATA 17/01/2017

52006

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INIDENTIFICAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Paulo Severino da Silva
DATA DO ACIDENTE 28/06/2018 CPF DA VÍTIMA 700.593.394-91
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AVÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Paulo Severino da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Engenho Novo I BAIRRO Área Rural
Nº 54 COMPLEMENTO Casa CEP 58.000-000
CIDADE Pedras de Fogo - PB TELEFONE (83) 98788 8728
E-MAIL

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA POR DOIS MÉDICOS E PREVIDÊNCIA SOCIAL (ORIGINAL) ASSINADA POR DOIS MÉDICOS ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM DATA DE EMISSÃO 28/06/2018
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL
COMPREV
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
(ORIGINAL) ASSINADA POR DOIS MÉDICOS E PREVIDÊNCIA SOCIAL
(ORIGINAL) ASSINADA POR DOIS MÉDICOS ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM DATA DE EMISSÃO 28/06/2018
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/03/2019
IDENTIDADE 3.736.085

ASSINATURA [Assinatura]
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
NOME
ASSINATURA

Portadora de R\$ 13.500,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2580771 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
011.717.834-93 27/03/1982

FLIAÇÃO
JULIO DE MEDEIROS
PAIVA
MARIA DE LOURDES FORMI
GA DE MEDEIROS PAIVA

PERMISSÃO ACC CATHAB
AB

Nº REGISTRO
01349023994

VALIDADE
29/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/07/2000

OBSERVAÇÕES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR 2019

Felipe Manuel F. de M. Paiva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
20/07/2015

Aristeu Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR

06711326614
PB031087132

DETRAN-PB (PARAIBA)

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1152647944

PROIBIDO PLASTIFICAR
1152647944

**FELIPE**CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
MAR/2019
CÓDIGO MINHA OI
401277278620VENCIMENTO
20/03/2019Emissão em 06/03/2019
Período de 03/02/2019 a 03/03/2019PAGAR (R\$)
89,28AG JOAO PESSOA
PROTÓCOLO

12 MAR 2019

CTC RECIFE PE PL7
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA
RUA DEPUTADO AMERICO MAIA 104 CA
JAGUARIBE
58015-240 - JOAO PESSOA - PB

7200039896 00000 000000000000 10 050319

**QUE TAL
FALAR COM A
GENTE PELO
WHATSAPP?**Adicione o Assistente
Virtual da Oi: (31) 3131 3131.
Um jeito rápido e fácil de
receber informações da
sua conta.

HUDE PRA CONTA ONLINE.



SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS**83,66** **OI MÓVEL**

+ Pacotes Adicionais do Móvel

3,80**TOTAL DE MENSALIDADES****87,46**

Multa e Juros

1,82**TOTAL DA SUA FATURA****89,28**

FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA

CPF: 011.717.834-93

NÚMERO DO CLIENTE: 2907210100

NÚMERO DA FATURA: 130056208

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401277278620

**CÓDIGO MINHA OI
401277278620**www.oi.com.br/MinhaOiCadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Mar 2019	89,28
Fev 2019	86,59
Jan 2019	86,65
Dez 2018	86,77
Nov 2018	86,71
Out 2018	86,71

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança da Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS ESTRADAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
RENAN DE CARVALHO PAIVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3520977 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
090.459.114-00 18/12/1990

FILIAÇÃO
JULIO DE MEDEIROS
PAIVA
ROSEANA DE CARVALHO
PAIVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04657497751

VALIDADE
10/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/05/2009

OBSERVAÇÕES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
12 MAR 2019
PROFESSOR
DE JOAO PESSOA

Renan de Carvalho Paiva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
11/04/2014

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

44607515450
PB028427874

DETRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
904097563

IBIDO PLASTIFICAR
904097563

RENAN DE CARVALHO PAIVA
RUA CEL OTTO FEIO DA SILVEIRA 509 - PEDRO GONDIM
CEP 58031010 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)



Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL 7 Monofásica
Roteiro: 003-0006-115-7986
Nº do Medidor: 00008781992

Referência: JAN/19

Emissão: 09/01/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, km 26 - Cristo Rei - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.096.163 / 0001-40 Insc. Est. 16.818.633-4

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

UC - Unidade de Contato Automático: 00017786344

5/1778634-4

CANAL DE CONTATO

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANTEC	11/2018	Conjunt. Tambau	LIMITES DA ANTEC
DIC MENSAL	4.95	0.00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	9.91		CONTRATADA
DIC ANUAL	19.82		
FIC MENSAL	3.17	0.00	LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	6.35		LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	12.7		
DMC	2.77	0.00	
DICRI	12.22		

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

P6 17/01

DADOS DO CLIENTE

RENAN DE CARVALHO PAIVA
RUA CEL OTTO FEIO DA SILVEIRA
509
JOAO PESSOA
CEP 58031010

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SEMIOTRABALHO E SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	48.31	22.13
CONSUMO DE ENERGIA	68.30	31.30
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	7.20	3.44
ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO	11.33	5.23
IMPOSTO DE TRANSFORMAÇÃO	15.16	7.04
OUTROS SERVIÇOS	9.00	4.20
TOTAL	210.31	100.00

- Valor de Energia de Uso de Sistema de Contabilidade (p/ 11/2018, 00 75 75)

CONTA REFERENTE A

PERÍODO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/18	2018	00/01/18	2742	1	230	33	

JAN/19

APRESENTAÇÃO

14/01/2019

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

05/02/2019

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa de Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)
0001 Consumo em kWh	230,000	0.654400	196.51	196.51	27	53.05	196.51	2.13	9.81
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			8.84	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0004 JUROS DE MORA 12/2018			0.35	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0005 MULTA 12/2018			6.21	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO -
AB JOAO PESSOA

CCI: Código de Classificação do Item Total: 210.91 196.51 53.05 196.51 2.13 9.81

ATENÇÃO

- Valor apagado por falta de energia. Faturado pelo sistema.

Media últimos meses (kWh)

230

VENCIMENTO

21/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 210,91

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

13	73	168	265	220	209	203	181	193	225	252	301
JAN/18	FEV/18	MAR/18	ABR/18	MAY/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	SET/18	OCT/18	NOV/18	DEZ/18

Reservado ao FISCO

8400.5f08.5ac5.fdc0.6558.0be6.8aac.0a7a



RENAN DE CARVALHO PAIVA
Roteiro: 003-0006-115-7986

83870000002-8 10910149000-0 17786342019-2 01000000019-3



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Fênix de Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO
MATRÍCULA

1138162

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

UBERLANDIA ROSENDO BORGES DE FIGUEIREDO
RUA DES JULIO RIQUE FILHO, 51 - MANGABEIRA JOAO
PESSOA PB 58058-236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.032.115.0118.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
V.135.441.940	08/02/2017	LARDELAG	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
1577	1577	22	31	18/03/2019

HIST. CONS. ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

ANO	CONSUMO (M3)	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
DEZ/2018	21	TURBIDEZ	268	268	266
NOV/2018	28	CLORO	268	268	268
OUT/2018	22	COL. TERHOT	0	0	0
SET/2018	21	COR	73	73	72
AGO/2018	21	COL. TOTAIS	268	268	268
MEDIA (M3)	22	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

COMPREV

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
DA JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

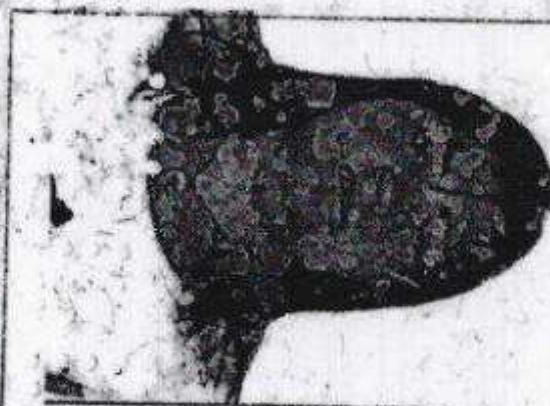
ESTADO DE SÃO PAULO

8610-8

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO



Yberlândia Rosendo B. de Siqueira

ASSINATURA DO TITULAR

B629-042773

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

36.105.474-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/MAR/2012

NOME

UBERLÂNDIA ROSENDO BORGES DE
FIGUEIREDO

FILIAÇÃO

BONIFACIO BORGES DA SILVA

E DELTRUDES DANTAS DE FIGUEIREDO

NATURALIDADE

S. MAMEDE - PB

27/AGO/1980

DOC ORDEM

JOÃO PESSOA - PB

JOÃO PESSOA

CC: LV.B052/FLS.0049/N.012349

CNPJ 051320684/13

Robert Ayino

202 Delegado Divisionário
de Polícia IIRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190190479 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO).
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/REDUÇÃO).
ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. (PAG.09).

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: 3190190479 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/REDUÇÃO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082452/19

Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA

CPF: 700.153.994-51

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: PAULO SEVERINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

PAULO SEVERINO DA SILVA : 700.153.994-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019
Nome: PAULO SEVERINO DA SILVA
CPF: 700.153.994-51

PAULO SEVERINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA