
Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROMARIO VICENTE BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180095518**
Vitima: **ROMARIO VICENTE BEZERRA**
Data do Acidente: **12/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180095518**.

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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROMARIO VICENTE BEZERRA**

Sinistro: **3180095518**

Vítima: **ROMARIO VICENTE BEZERRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180095518** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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, 06 de Abril de 2018

Carta n°: 12625537

A/C: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Nº Sinistro: 3180095518
Vitima: ROMARIO VICENTE BEZERRA
Data do Acidente: 12/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ROMARIO VICENTE BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 000008428-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

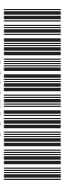
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

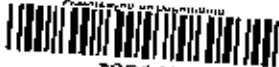
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

089.595.201-11

Nome completo da vítima

Romário Freire Bezerra

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo Romário Freire Bezerra	CPF titular da conta 089.595.201-11	Profissão Recuso
Endereço Sítio Engenho Novo	Número 510	Complemento Casa
Bairro Jono Rural Pedras de Pogo	Estado PB	CEP 58308-000
E-mail chdperat@hotmail.com	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

4913

8428

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRG

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.

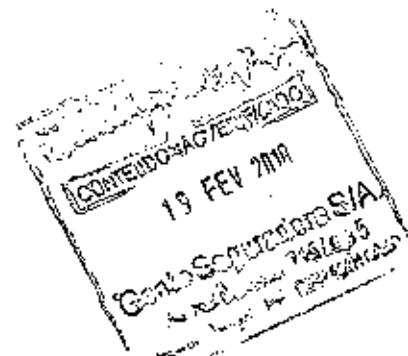
Pindaúba, 06 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Romário Freire Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 079/2018

123860

Aos PRIMEIRO dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). PAULO DE OLIVEIRA MARTINS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ROMARIO VICENTE BEZERRA, Identidade nº 3.636.150-SSP/PB, CPF nº 089.595.204-11, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Natanael Bezerra Nunes E De Luciana Vicente Da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 19/05/1994 (23 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Novo II, tendo como ponto de referência: xxxx, na cidade de PEDRAS DE FOGO, fone(s) para contato: xxxxxxx,

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 12 de junho de 2017;
- 3) HORÁRIO: 03h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Engenho Novo II, zona rural de Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante no dia 12/06/2017, conduzia a motocicleta HONDA/CG 125 FAN, na cor preta, de placa 2010/2010, de placa MOW 8164 PB, registrada em nome de PAUO SERGIO BERNARDO, chassi 9C2JC4110AR627069, pela estrada do sítio onde mora, quando perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo. Que foi socorrido pela ambulancia do PSF e levado para o Hospital de Pedras de Fogo, de onde foi transferido para o Hospital de Emergencia e TRauma em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada Consta

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Romário Vicente Bezerra

ROMARIO VICENTE BEZERRA

Comunicante

UB

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 154.876-0

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Romário Vicente Bezerra

CPF da Vítima

089 59520411

Data do Acidente

12 fevereiro 2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Romário Vicente Bezerra

CPF do Representante legal

089 59520411

E-mail

ehdpcat@hotmail.com

Telefone (DDD)

(81) 9367948

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 invalidade 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.

CONCEPCAO/AC/2017
19 FEB 2017

Comprovado
Gestão Seguradora SIAI

Ribeirão Preto de fevereiro de 2018

Local e Data

Romário Vicente Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Bus: 203315300880002

PREFEITURA MUNICIPAL DE
PEDRAS DE FOGO
Secretaria Municipal
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



02135h

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DIST. DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cód. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

Endereço: RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAÍBA

U.F: PB

PACIENTE:

Nome: Romário V. Bezerra Sexo: M Idade: 33

Profissão: Documento:

Endereço:

Município: UFP Estado: PB U.F:

Cód. IBGE Município: 2511202 CNS:

Data de Nascimento: 19/05/94 Data do atendimento: 12/05/17

RAÇA/COR:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA | <input type="checkbox"/> 2 - NEGRA | <input checked="" type="checkbox"/> 3 - PARDA |
| <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA | <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA | <input type="checkbox"/> 6 - SEM INFORMAÇÃO |

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIOS):

* Paciente vítima de queda de
moto + alcoolizado com possivel
pratice de elançular por ± 30 min
moto DM / HAS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. Voltaren 10 mg IM
2. Diclidron 10 mg IM
- 3.
- 4.

CARÁTER DE ATENDIMENTO:

- 01 - ELETIVO
- 02 - URGÊNCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

CID - 10

MEDICAÇÃO:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRESCRITA | <input type="checkbox"/> APLICADA |
|------------------------------------|-----------------------------------|

SERV. REALIZADOS: CÓD. PROCEDIMENTOS:

1-	██████████
2-	██████████
3-	██████████

ENCAMINHAMENTO:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS |

CNS

CBO

CRM

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - carimbo:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:

Polegar Direito:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMARIO VICENTE BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 00000008428-6

Nr. da Autenticação 47FB88AF6F55F84B

LUCIANA VICENTE DA SILVA
SIT ENGENHO NOVO, S/N - ÁREA RURAL
PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 58320000 (AG: 113)

Entrega: 21/11/2017 Referência: Nov/2017
Cidade/Estado: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA CONOFÁSICO P/200, Km 25 - Crato/RN/Br - João Pessoa/PB - CEP: 58071-084
Roteiro: 11 - 266-931-2140 Número: 00091185127

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA E/S
CNPJ: 09.061.801/0001-46 IVA: Br 16.015.822-0

Nº da Fatura: Conta de Energia Elétrica Nº 000 850.631
CNPJ para Ofício Administrativo: 00012460029

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

Conta referente à Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANU
Nov / 2017 21/11/2017 19/12/2017 4743122406
Int. En:

UC (Unidade Consumidora): 5/1245529-1

Canal de contato

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEI é feita criada pela Lei nº 10.438 de 28 de setembro de 2002.
- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO:
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA ATÉ 30/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESÍDIO DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL, SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE: WWW.TRE-PB.GOV.BR OU LIGAR PARA O FONE: 3612-1381

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Date	Leritura	Date	Leritura	
20/10/17	8973	21/11/17	8981	18
				32

Demonstrativo

CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Var Base Gelo	Alt. Vtne(R\$)	Base Gelo	Pt(R\$)	Outras(R\$)		
			Tributos/Tela(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pt(Cofins/R\$)	(I 22%)(R\$)	(E 12,12%)(R\$)		
0801	Consumo ate 20kWh-BR	30,000	0,265890	7,75	7,75	27	2,09	7,75	0,10	0,47
0801	Consumo >1 a 100kWh-BR	70,000	0,443200	31,03	31,03	27	6,38	31,03	0,41	1,88
0801	Consumo >10 a 220kWh-BR	53,000	0,884930	39,46	38,58	27	10,41	38,58	0,51	2,39
0801	Avt. B. Vermelha			7,15	7,15	27	1,92	7,15	0,08	0,44
0810	Subsídio			45,92	45,92	27	12,28	45,92	0,61	2,79

ABONAMENTOS E SERVIÇOS

8807 CONTRIBUÍDADE PÚBLICA	2,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
8808 Devolução Subsídio		29,84	0,00	0	0,00	0,00

CCD Código do Cadastro do Item TOTAL 102,94 IMA 01 35,10 IMA 01 1,72 7,86

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO**

28/11/2017 **TOTAL A PAGAR**

152 Histórico de Consumo (kWh)

144	139	151	144	175	188	135	172	147	142	127	147
Out/17	Sext/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mai/17	Fev/17	Mar/17	Duz/16	Nov/16

7a09.0684.f4fe.08c5.9c78.cec2.e1ee.4e39.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Olá! Olá!

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Desempenho	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	12,76	2,94	Serviço de Básico de Energia/PB	19,25	18,70
DIG TRIMESTRAL	25,52		Compra de Energia	27,88	27,08
D/CAMIN	51,75		Serviço de Transmissão	2,85	2,87
FIENMENSAL	7,92	1,00	Encargos Sistêmicos	2,54	5,18
FACT FIVE ESTADUAL	5,82		Impostos Diretos e Sociais	47,54	45,18
FIENCI	31,29		Outros Serviços	0,00	0,00
DNC	6,93	3,46	Total	102,94	100,00
SIERU	16,80		Valor do EUZO (R\$) 0,20/1,71 R\$21,61		

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso o(s) faturado(s) acima comunique(n) seu atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/12/2017 Conforme Resolução 444/ANEEL. O pagamento até essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. O(s) 3(s) contas pagas não esclarem a não comunicação para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALZE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estes a suspensão do fornecimento poderá obter a quequer momento até o decurso do prazo de 03 (noveventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. - Sua unidade foi faturada como Beira Mar, tendo um desconto de R\$ 78,94.

Faturas em atraso

Out/17	89,16
Set/17	74,94
Ago/17	82,62

CEMETELO PARAÍBA

Receber: 11 - 266-931-2140
Matrícula: 1245529-2017-11-0

VENCIMENTO

28/11/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,94

83670000001-8 02940054000-0 12455292017-3 11000286019-2

Comprovante de residência



Av. Amazonas 3000 - São Paulo - SP - 01310-001
Centro - Centro das Comunicações - CCN
CNPJ: 04.200.000/0001-00 - CNPJ: 04.200.000/0001-00
CEP: 01001-000 - CEP: 01001-000

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
GERALDO FERREIRA LIMA, 127, CASA
CENTRO
55870-000 - TIMBAUBA - PE

R\$ 54,99

VENCIMENTO
20/10/2017

EMISSÃO: 02/10/2017
POSTAGEM: 09/10/2017
NÚMERO: 3211505801

CPF/CNPJ: 04873544432

CLIENTE: 161159406

ACESSO: 81 99756-2548

DÉBITO AUTÔMATICO: 0000000061559405021

IMPORTANTE PARA EDUARDO

Desde 06 de Novembro de 2015 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos CDRs 41, 42, 43, 54, 45, 46, 42, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando do formato (DDD)9xxxxxx para (088)9xxxxxx. Mais informações em www.tim.com.br/novodigito.

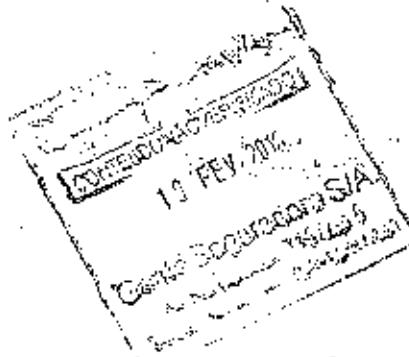
RESUMO DA SUA CONTA DE OUTUBRO/SET

SERVIÇOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> MENSALIDADES	R\$ 54,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Todos os serviços de voz e dados são elencados	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle & Plus: 81997167948 (088/PÓS/SMP)			1			R\$ 21,19
TIM Controle & Plus - Outros Serv: 81997167948 (088/PÓS/SMP)			1			5,00
TIM Music (incluso)			1			9,50
TIM Banco Virtual (incluso)			1			10,50
Total de Mensalidades						R\$ 54,99



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 fazenda 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e fassegura.

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

Pelo exposto, eu Eduardo G. Bimo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.735.444/32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romarie Gicente Bezerra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.595.204/11, do sinistro de DPVAT cobertura Smealids, da Vítima Romarie Gicente da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.595.204/11, 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.

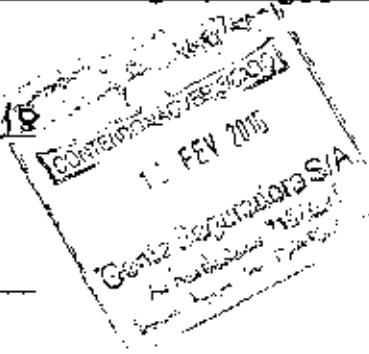
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Geraldo Ferreira Bimo</u>	Número	<u>121</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>
E-mail	<u>ehdpvatt@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 97167948</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>(81) 971636662</u>

Timbaúba 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paulo Sérgio Bezerra,
RG de nº 3.891.695, data de expedição 04/08/2012,
Órgão SIDS/PB, portador do CPF nº 113.624.794-70, com
domicílio na cidade de Tecelões de Fogo, no Estado de PB,
onde resido na Sítio Zareca,
nº 41, Complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Romário Vidente Bezerra,
cujo o condutor era Romário Vidente Bezerra.

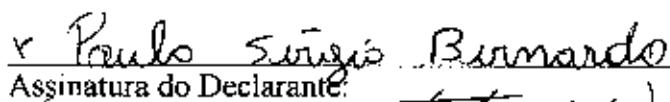
Veículo: anotociclo

Modelo: Honda CG 125 Ano 2010

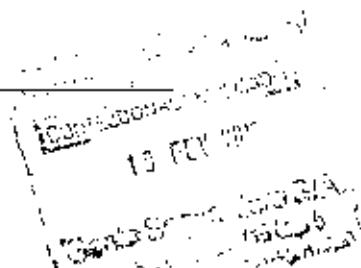
Placa: HOW 8164 Chassi: GC15C4110AR627069

Data do acidente: 12/01/2017 de 2017

Local e Data: Gimbaúbo, 06/02/18


Assinatura do Declarante

(reconhecer por autenticidade)



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

**CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS**
TABELIÃO: Humaitá José Medeiros Andrade
SUBSTITUTO: Ademir Ramon Al. Medeiros Andrade
RUA DOS TIPOS PODERES, 57 - PEDRAS DE FOGO - PARAÍBA

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protocolo
- Peçação
- Peçação Judicial
- Títulos e Documentos

Reprodução proibida
Autenticação
18 DEZ. 2017
de SUBSTITUTO
RODRIGO VIANA
VIA FAX

AFW46941 - 2RE9

"Selo Digital
Consulte a Autenticação online em <http://www.tabelionato.tjpb.jus.br>"



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:	Romário Vicente Bezerra		Nº de BE:
Idade:	Sexo: M	Clinica: HTOP	Enf.: Leito:
Data de admissão:	12/6/17	Alta: 17/6/17	Tempo de Permanência:

Diagnóstico de Internação: Frat - clavícula.



Diagnóstico Definitivo: Ibam 3ºm anterior.

Diagnóstico Secundário: /

Principais exames: R-X ombo.

Cirurgia realizada - data e equipe: RAFI frat. clavícula.
Dr. Rodrigo Amaral + Dr. Luciano Lira.

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriologista:

Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Orientações Pós Alta

Dieta: LíVnu.

Reposo:

Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico teve _____ dias e com maior em _____ dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

Medicações para casa: Flutoc, Ofalexina

Retorno:

Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.

Ao ambulatório Htop cl. Dr. _____ em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 17 de 06 de 17.

Ass. Médico CRM: _____

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROMARIO VICENTE BEZERRA

DADOS DE NASCIMENTO 19/05/1994

NOME DA MÃE LUCIANA VICENTE DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.006.746

Nº PRONTUÁRIO 102.502

DATA DO ATENDIMENTO 12/06/17

HORA DO ATENDIMENTO 03:44

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA D

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 8 hs, apresentando dor em região do ombro D desde então e assimetria local. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro D - AP

RX da escápula - AP

RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rodrigo Amaral e Dr. Luciano Lira.

ALTA HOSPITALAR: 17/06/17

DATA DA EMISSÃO: 30/11/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB
MEDICO CIBREETSML
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em ORK sob anestesia.
Preparos e antisépticos.
Ciclovirus, de ampolas tóxicas.

Incisão:

Via de acesso direta à clínica lateral.
Ausência de dissensão por planos.
Cuidados de hemostase.

Achados:

Fortuna de drenos.

Conduta:

Perfurare direta da fortuna.
Fixar a esterilizar juntar o perfurado com
placa de crânio 3,5x30 mm +
16 parafusos corticais (nº 14 (01) nº 18 (05)).
Ligar a ferida STO, 4/0.
Suturar por planos.
Curativos estériles.
Rx de ventrele.

Fechamento:

.....

Observação:

.....

Médico/CRM: Fulvio Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575 João Pessoa, 16/10/17

13
100005224258 BE 1005746
BOMBEIRO MILITAR DO RIO GRANDE DO SUL
DT. MARC. 19/05/1994



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome:	Romane V. Bezerra	Nº
Sexo:	M	Idade: 23
Endereço:		
Unidade Admritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para:		
Motivo do Encaminhamento:	Paciente vítima de queda de moto alcoolizado, com possível fratura de clavícula. Altura 1,5; nenhuma dor em qualquer outra localização; Consciente e orientado. Ao este pedista;	

Drº Armando Góes
CRM-RS 23143
CRM-PB 10441

12/06/17

Encaminhamento

Função

Data

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Name:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante


AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003 Telefone de Contato (83) 986347940
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA			Prontuário
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13		Data/Hora Prescrição 12/06/2017 07:47:33	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOXCARRO A CERCA DE 6 HORAS ATRAS. CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA VOMITOS. REFERE DOR EM REGIAO DE CLAVICULA DIREITA DESDE ENTAO. EXAME NEUROVASCULAR: NERVOS: AXILAR, RADIAL, ULNAR E MEDIANO SEM ALTERACOES. BOM PULSO RADIAL EXAME FISICO. EMINENCIA DE EXPOSICAO OSSEA RX: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANALGESIA TIPOIA HEMI-J DIREITA

DIETA
DIETA LIVRE, VIA ORAL
MEDICAÇÃO
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)
Diluir
JIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSIM)
Diluir
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V. 8/8H, SE NECESSARIO SE NAUSEAS (DOSE MAXIMA DIARIA: 24,0)
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇOES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSIM)
OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇOES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)
GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇOES: SE HGT <60)
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSIM)
Diluir
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE DOR INTENSA (DOSE MAXIMA DIARIA: 6,0)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003
Mãe LUCIANA VICENTE DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986347940
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13		Data/Hora Prescrição 12/06/2017 05:17:51	

Anamnese

PACIENTE ENVOLVIDO EM ACIDENTE DE MOTO ÀS 01:00 HORAS HOJE RELATA DOR EM CLAVICULA DIREITA; REFERE NÃO ESTA USANDO CAPACETE, COM COLISÃO DA CABEÇA EM REGIÃO FRONTAL DIREITA; SEM HISTÓRIA DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NAUSEAS, VOMITOS OU VERTIGEM. APRESENTA DOR E ASSIMETRIA EM CLAVICULA DIREITA AUCULTA NORMAL, EUPENICO, NORMOCARDICO, SEM QUEIXAS ABDOMINAIS E TORACICAS; SEM OUTRAS QUEIXAS EM OUTROS MÉMBROS.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Alisson Cordeiro Moreira
Médico
CRM-PB 10942

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(10942/PB)

ROMARIO VICENTE BEZERRA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	BAE 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data Baixa	
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Telefone da Contato (83) 986347840
Mae LUCIANA VICENTE DA SILVA				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB	Nº Cons. Regional 10942/PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA		
Data/Hora Classificação 12/06/2017 04:12:13		Data/Hora Prescrição 12/06/2017 05:20:06		

Anamnese

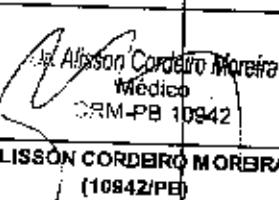
ALTA DA CIRURGIA GERAL; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

Conduta

Em observação



Alison Cordeiro Moreira
Médico
CRM-PB 10942

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(10942/PB)

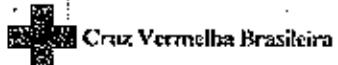
ROMARIO VICENTE BEZERRA



Laudo Médico/Resumo de Alta



Name: <i>Romário Viegas Pazzinha</i>	Nº de BE:
Idade: <i>58</i> Sexo: <i>M</i> Clínica: <i>HOP</i>	Enf.: <i></i> Leito: <i></i>
Data de admissão: <i>10/6/13</i>	Alta: <i>12/6/13</i>
Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>Fibrose Quística</i>	
Diagnóstico Definitivo: <i>Síndrome de Cystic Fibrosis</i>	
Diagnóstico Secundário:	
Principais exames: <i>ECG - RNM - USG - ECO - TAC - Biópsia pulmonar</i>	
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>RNM - Dr. Edson Lobo - Dr. Luciano Lima</i>	
Biópsias:	
Anatomia patológica:	
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()	
Resultado bacteriologista:	
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()	
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	
Orientações Pós Alta	
Dieta: <i>L 1/11</i>	
Reposo:	
Relativo em casa por, _____ dias.	
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.	
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.	
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o(a) profissional de saúde.	
Medicações para casa:	
Retorno:	
Ao posto de saúde em <i>HOP - 12/6/13</i> para retirada de ponto.	
Ao ambulatório <i>HOP - 12/6/13</i> para revisão em 30 dias.	
João Pessoa: <i>12 36 17 11</i>	
Ass. Médico: <i>DR M</i>	
Este documento destina-se a aprovação do atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA
Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 16/06/2017 13:52:44

URPA, S/N - NDA
CNES: 1258878 - Tel.:

Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	Boletim de Atendimento 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003	Prontuário 102502
Tempo de internação 4d 5h 21min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 16/06/2017 13:52:42)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

PACIENTE FOI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, SEM INTERCORRÊNCIAS. SEGUO AOS CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01

Professional responsável pela informação: **PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS**

Número Conselho: 10575

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Convênio: 10575





Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	Boleto de Atendimento 1006746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Prontuário 102502
Tempo de Internação 2d 11h 42min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANNA PRISCILLA C MONTEIRO JUCA - 14/06/2017 20:13:32)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura de Clavícula D

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE É TRANQUILO = 2

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTLA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO , FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVALUAÇÃO: CORADA - HUMEDICIDA



Paciente ROMARIO VICENTE BEZERRA	Bolelm de Atendimento 1008746	Data/Hora Entrada 12/06/2017 03:44:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 203313300880003
Tempo de Internação 2d 48min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução Enfermagem (ANNA PRISCILLA C MONTEIRO JUCA - 14/06/2017 09:18:46)

DIAS:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura de Clavícula

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO ISOCÓRICAS

SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

ASCUTA

TIPOS: NORMAL

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECRECÃO

SECRECÃO: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

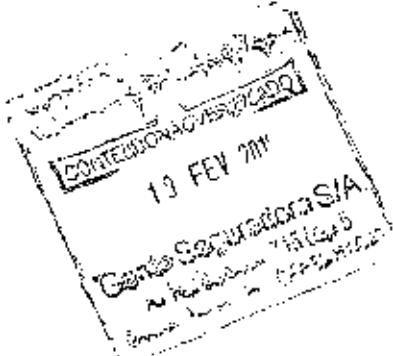
EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: / :

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA





CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA



HECIMIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Romane Vicente Sozzerin BE/Prontuário: 1006746
 Idade: 23 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/06/17
 Clínica/Setor: Oncopedi EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fatotomia cirúrgica de fratura de clavícula
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Amorim 1º Assistente: Dr. Luciano Lima
 2º Assistente: MRI Pedro 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Abduan
 Tipo de Anestesia: Plexo (Bloqueio) Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório:	CID
<u>Fratura de clavícula</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fatotomia cirúrgica de fratura de clavícula</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Pedro Henrique Freitas
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 10575

João Pessoa, 16/06/17

Nota de Sala Cirúrgica

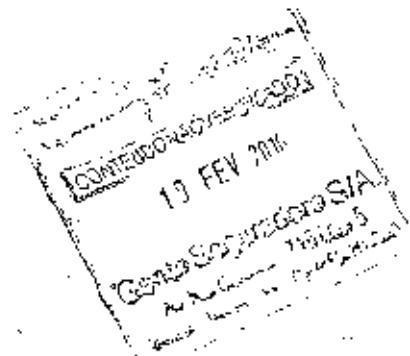
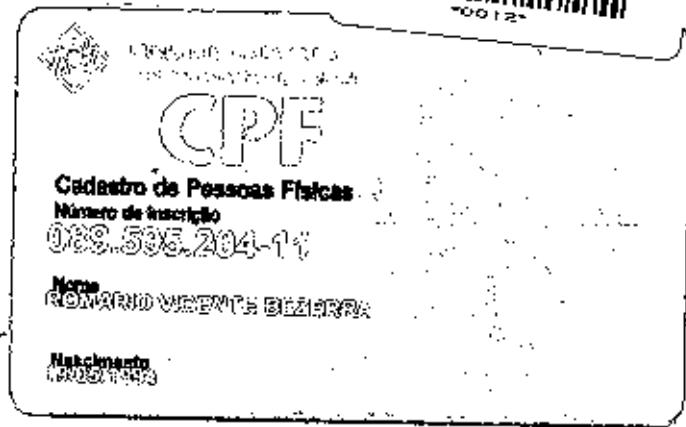
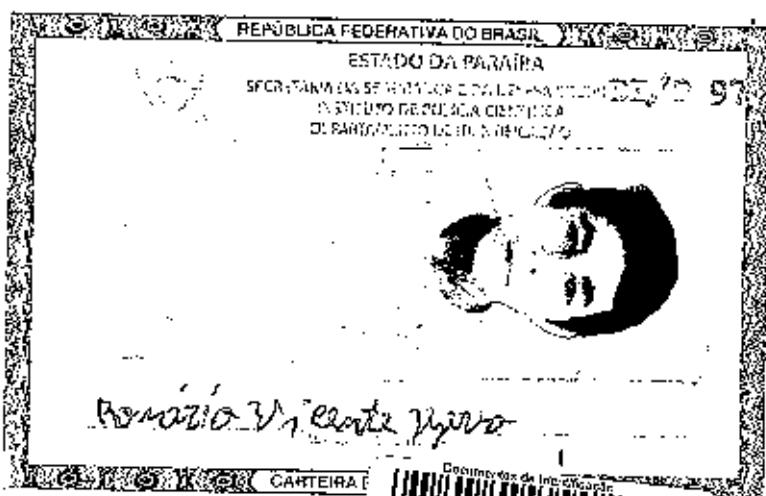
DATA: 1616113

PRONTUÁRIO:

406746

(*) VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.636.150	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/03/2008
NAME	ROMARIO VICENTE BEZERRA		
FILIAÇÃO	NATANAEL BEZERRA NUNES LUCIANA VICENTE DA SILVA		
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO	
	DOC OF Nasc.N.20446 FLS.193 LIV.20	19/05/1994	
CPF	011.111.111-11		
ASSINATURA DO DIRETOR			
(LEI Nº 7.118 DE 29/08/83)			





**EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
GERALDO FERREIRALIMA, 123, CASA
CENTRO
55870-000 - TIMBAÚBA - PE**

46500-0104950-29-8

IMPORTANTE PARA EDUARDO

ACUAMO DA SUA COOKER DE PISSEI A VISEIT

Classe B de novembro de 2010 foi fechada e não é mais disponibilizada para download. Para obter a versão mais recente das Class B, A2, A3, A4, A5, A6, A7, B1, B2, B3, B4 e B5 basta ir ao formulário (NP001) e enviar o Mail (e-mail) que vem com o formulário.

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MISALOIDADES
Tom & Jerry (versão completa com todos os episódios)
The Kenosis B Plus 2015 (versão [versão
1.0])
The Control Betus - Gênero: Satir / 119:29:46
(versão completa)
THE Movie (Inglês)
The Disney Vipcast (Inglês)

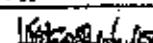
R\$ 54,99
VENCIMENTO
20/10/2017
EMISSÃO: 02/09/2017
POSTAGEM: 09/09/2017
NÚMERO: 3231505001

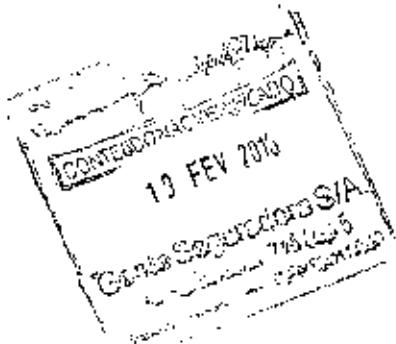
Digitized by srujanika@gmail.com

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

O DA SUA CONTA DE ONUSEI A JOSSET.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES SECRETARIA NACIONAL DE SUSTENTABILIDADE DA CIDADANIA	
DOC. ELETRÔNICO - CÓDIGO: 682071711			
DELEGADO : EDUARDO GOMES PEREIRA FILHO DEPARTAMENTO: DELEGACAO CEP: 64030100 EST: PA TELEFONE: (65) 355-444-33 DATA CADASTRO: 22/01/1982 TIPO: DELEGADO ADENDO: EDUARDO GOMES PEREIRA DATA: 01/01/2010 VALIDADE: 02/05/2010 PERMITIR: SIM PROIBIR: NAO ALTERAR: NAO			
DOCUMENTO: 682071711 DATA: 01/01/2010 VALIDADE: 02/05/2010		ASSINATURA: <i>Eduardo Gomes Pereira</i>	
NOTA: 682071711			
DATA: 01/01/2010 VALIDADE: 02/05/2010 PERMITIR: SIM			
			
682071711 682071711			





www.wiley.com/go/white

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DENTRAN

DETRAN - PE

PAOLO SERGIO BERNARDO

PAULO SERGIO BERNARDO

9102-230
SEGUNADORA LINER - DPVAT
514P2 UP-2207-005 JRC01-04

2005-0917625-20170612

卷之三

10

15 FEB 2010

OB № 013176401235 (11-1) INSTITUTO PRIVAT

ESTE E O SEU RH M. F. DO SEU GBRH DOUT
PARA MAIS INFORMACAO B. ALIA NOU VHEA
AS CONDIÇOES GERAIS DE CORAL HONDA

www.sesquipedalian.com.br
Lúcio Develai - editora 978-85-7323-043-4

2011-12/06/2011

PLACA 8164/FB

卷之三

卷之三

ESTARIO

卷之三

REVISTA DE CIÉNCIAS

910

02-230

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180095518**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMARIO VICENTE BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R SIT ENGENHO NOVO, SN, C - AREA RURAL - Pedras de Fogo - PB - CEP 58328-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PE**] **3636150**

Data e local do acidente: [**12/06/2017**] **PEDRAS DE FOGO PB**

Data e local do exame: [**26/03/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 15/06/2017 ONDE FOI REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/06/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORIA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA (2+/4+).

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20° DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10° DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORIA GRAU II ATROFIA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR AUMENTO DE VOLUME

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

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

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

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

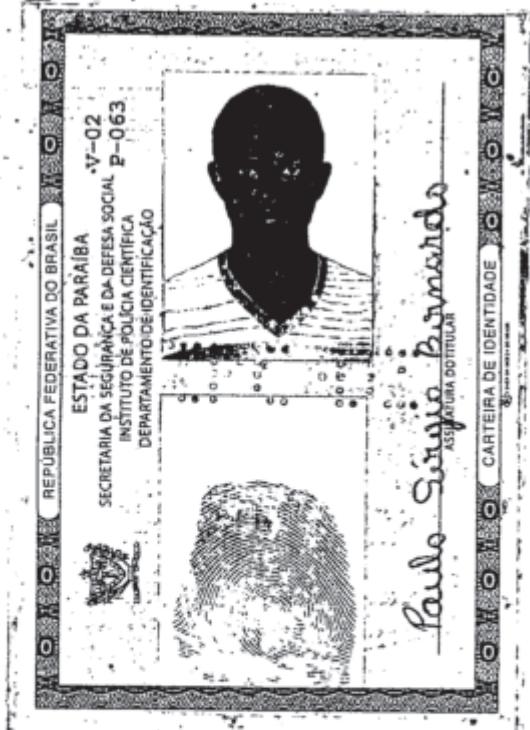
Região Corporal (Sequela):

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

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



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180095518 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Atentar para duplicidade de sequelas. Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO EXRAJUDICIAL



Outorgante: Romário Vicente Bezerra, brasileiro, agricultor,
solteiro, inscrito no CPF nº: 089.895.204-11
residente na Lagoa Nova, s/n, Zona Rural,
Vila de Fogo - PB

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 14 de dezembro de 2014.

x Romário Vicente Bezerra

**CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS**

TABELÃO: Hermânia José Medeiros Nogueira
SUBSTITUTO: Ademar Ramônio M. Medeiros Almeida

NUO DOS TRES PODERES, 67 - PEGORAS DE FOGO - PARAIBA

- Testemunha
- Registro de Imóveis
- Protocolo
- Peças Autênticas
- Títulos e Documentos

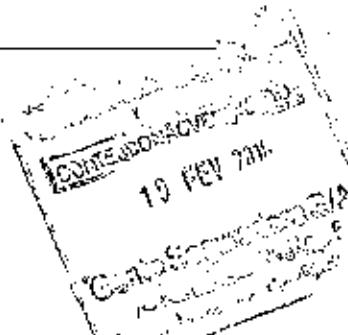
Reconheço a(s) Firma(s) ROMÁRIO VICENTE BEZERRA POM
14/12/2014

Erei testemunha
Pecas de Fogo - PE - 14 de 12 de 2014

14 DEZ 2014

Seu Digital
Consulte a Autorização de Consulta no site da Carteira de Identidade

AFW46914 - D2CN



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180095518 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO VICENTE BEZERRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA (2+/4+).

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 15/06/2017 ONDE FOI REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/06/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro devido a redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de Goiana.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: