

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Carta nº 13191293

A/C: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180300530 ASL-0235001/18
Vitima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
Data Acidente: 31/12/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Carta nº 13318169

A/C: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180300530 ASL-0235001/18
Vitima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
Data Acidente: 31/12/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Carta nº 13607918

A/C: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180300530 ASL-0235001/18
Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
Data Acidente: 31/12/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190110760

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190110760

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

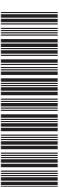
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

68482450468

Nome completo da vítima

Francisco José do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco José do Nascimento	68482450468	Administrador
Endereço	Número	Complemento
nra Senna Branca	113	
Bairro	Cidade	Estado
Itábi	Santana	Pernambuco
Email	CEP	58918-000
	Telefone (DDD)	83 886613863

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

29 JUN. 2018
PROTÓCOLO
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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

NRO.

3348

D/V

CONTA

NRO.

000000008401 0

(Informar dígito se existir)

CONTA-CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

(Informar dígito se existir)

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

Santana, 06 de Junho de 2018

Local e Data

Francisco José do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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:	
	04271583427	Francisco José do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	04271583427
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
OP DE manutenção	rua Sena Branca	167	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Tibiri	Santa Rita	Pará	68818000
E-mail:			
B3386618863			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3348** CONTA: **8401** **0**
 (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. 39, §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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **330 Pessoas 18/12/2018**
 Nome: **Francisco José do Nascimento**
 CPF: **04271583427**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SEC. DE EST. DA SEG. E DA DEF. SOCIAL
GER. EXEC. DE POL. CIVIL METROPOLITANA
14º DDC-TIBIRI II-SANTA RITA.

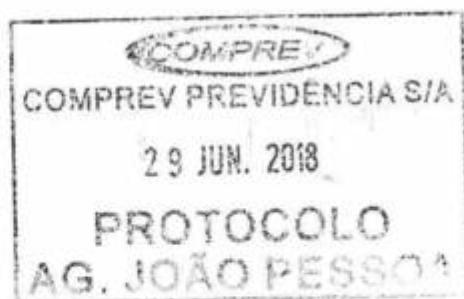


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 217/2018

Aos dezesseis (16) dias do mês de Fevereiro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Santa Rita/PB, na 14ª Delegacia, presente o Delegado **ANTONIO ALVARES DE FARIAS**, às 14:11min, compareceu **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, natural de Borborema/PB, 48 anos, nascido em 20/04/1968, filho de Jose Francisco do Nascimento e de Maria Gomes Marinho, Operador de máquinas, alfabetizado, RG. 2.752.447/PB, CPF 684.824.504-68, residente na R. Serra Branca, 113, Tibiri, próximo a Praça do Chafariz, tel. 9.8706.8818. **NOTIFICOU QUE:** NO dia 31/12/2017, estava conduzindo a motocicleta tipo **HYPE 50, JONNY, ANO 2010/2011, CHASSI LHJXCBL880215967, EM NOME DE JOSEFA MIGUEL DE AMORIM**, que nas proximidades do Heitel foi surpreendido por uma Moto BROS, que o condutor da Bros ao fazer uma ultrapassagem, colidiu do lado esquerdo da motocicleta do noticiante, que na ocasião o noticiante caiu ao solo, que foi socorrido pelo Resgate/Bombeiro, que foi encaminhado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena em João Pessoa. Diante do exposto notifica o fato.

Noticiante: Francisco José do Nascimento

Escrivão/Agente: FJF



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SEC. DE EST. DA SEG. E DA DEF. SOCIAL
GER. EXEC. DE POL. CIVIL METROPOLITANA
14º DDC-TIBIRI II-SANTA RITA.

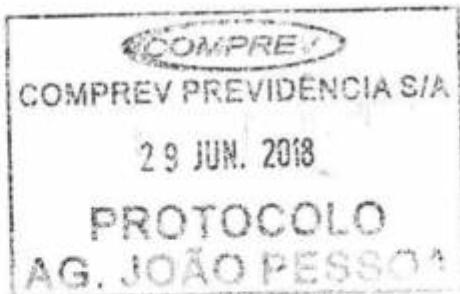


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 217/2018

Aos dezesseis (16) dias do mês de Fevereiro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Santa Rita/PB, na 14ª Delegacia, presente o Delegado **ANTONIO ALVARES DE FARIAS**, às 14:11min, compareceu **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, natural de Borborema/PB, 48 anos, nascido em 20/04/1968, filho de Jose Francisco do Nascimento e de Maria Gomes Marinho, Operador de máquinas, alfabetizado, RG. 2.752.447/PB, CPF 684.824.504-68, residente na R. Serra Branca, 113, Tibiri, próximo a Praça do Chafariz, tel. 9.8706.8818. **NOTIFICOU QUE:** NO dia 31/12/2017, estava conduzindo a motocicleta tipo **HYPE 50, JONNY, ANO 2010/2011, CHASSI LHJXCBL880215967, EM NOME DE JOSEFA MIGUEL DE AMORIM**, que nas proximidades do Heitel foi surpreendido por uma Moto BROS, que o condutor da Bros ao fazer uma ultrapassagem, colidiu do lado esquerdo da motocicleta do noticiante, que na ocasião o noticiante caiu ao solo, que foi socorrido pelo Resgate/Bombeiro, que foi encaminhado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena em João Pessoa. Diante do exposto notifica o fato.

Noticiante: Francisco José do Nascimento

Escrivão/Agente: PF



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

Francisco José do Nascimento

CPF da Vítima

68482450468

Data do Acidente

31/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Santa Rita, 06 de Junho de 2018

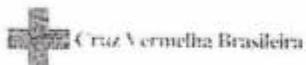
Local e Data

Francisco José do Nascimento

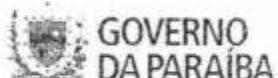
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

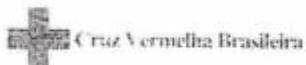


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

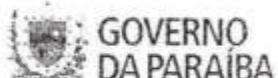
Boletim de Atendimento: 1052273



Identificação do paciente						
ID 1246570	Nome FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49 anos 8 meses 11 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA GOMES			Prontuário			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987058818	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento		Nº Cns			
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS			Tipo: BARRO			
Em.	Naturalidade BORBOREMA		UF: PB			
Endereço						
CEP 58300090	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro VINTE E NOVE DE JULHO			
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 31/12/2017 18:30:28	Número da pulseira 100000628872	Comprovante SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA 130	x 90	mmHg	P脉 65			
			Temperatura 37,5°C			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos PACIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, EGR, STT, DE ACIDENTE MOTO. SEGUÍE PTA CDE PTA. REALIZOU EXAMES. Adm. 2018-06-30 10:23						
Diagnóstico				CID		
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				COMPREV Tempo 00h 00m 15s		
Imprimir				COMPREV PREVIDENCIÁRIA 29 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052273



Identificação do paciente						
ID 1246570	Nome FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49 anos 8 meses 11 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA GOMES			Prontuário			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987058818	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento		Nº Cns			
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS			Tipo: BARRO			
Em.	Naturalidade BORBOREMA		UF: PB			
Endereço						
CEP 58300090	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro VINTE E NOVE DE JULHO			
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 31/12/2017 18:30:28	Número da pulseira 100000628872	Comprovante SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA 130	x 90	mmHg	P脉 65			
			Temperatura 37,5°C			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos PACIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, EGR, STT, DE ACIDENTE MOTO. SEGUÍE PTA CDE PTA. REALIZOU EXAMES. Adm. 2018-06-30 10:23						
Diagnóstico				CID		
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				COMPREV Tempo 00h 00m 15s		
Imprimir				COMPREV PREVIDENCIÁRIA 29 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000010504-2

Nr. da Autenticação 9228E455DE43FFD9

JACINTA DE FATIMA MACHADO BEZERRA
RUA SERRA BRANCA, 113 - TIBI
SANTA RITA / PB CEP: 58910-000 (AG-1)

Emissão: 19/06/2018 - Referência Jun/2018

Endereço: RESIDENCIAL / BARRA PENDA MONCHAS CDB:200, Km:25 - Custo Referência - João Pessoa / PB - CEP:58071-680
Referência: 10-3-354-3980 N° medidor: 000098692 CNPJ:09.085.163/0001-49 Inscrição: 16/018/823-0



ENERGISA PARAÍBA - DISCUSSÃO DE ENERGIA S/A
CNPJ:09.085.163/0001-49 Inscrição: 16/018/823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005.170.396
Cód. para Díta Automática: 00001549948

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	19/06/2018	19/07/2018	28840380434 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/154994-8

Canal de contato

- ATENÇÃO - AVERTIMENTO CADASTRAL 2018

Procure a prefeitura de sua cidade até 15/06/2018 para regularizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o 0800-0800-707-2003.

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento da acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Recomendamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Permaneça o impedimento e faturamento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/05/18	19/06/18	18393	1	87

Demonstrativo									
CCN	Descrição	Consumo (kWh)							

0801	Consumo ate 30AVWh-BR	30.000	0.342320	7.26	7.26	25	1.31	7.26	0.06	0.30
0801	Consumo -31 a 100Wh-BR	57.000	0.415450	23.87	23.87	25	5.83	23.87	0.21	0.98
0801	Adc. B. Amarela			0.24	0.24	10	0.06	0.24	0.00	0.01
0801	Adc. B. Vermelha			1.80	1.80	25	0.47	1.80	0.03	0.08
0810	Subsídio			32.85	32.85	25	8.16	32.85	0.39	1.35

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807	CONTRE SERV. LUM. PÚBLICA	6.80	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0.22	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2018	0.78	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0.36	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0808	Devolução Subsídio	-12.84	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 10.38 85.72 18.43 85.72 0.58 2.72

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 50,98

Histórico de Consumo (kWh)

101		81		99		58		89		93		86		87		90		38		112		87
JUN/17		JUL/17		AGO/17		SET/17		OUT/17		NOV/17		DEZ/17		JAN/18		FEB/18		MAR/18		ABR/18		MAY/18

RESERVADO PARA FOLHA 0875.5ed0.cc99.6690.2f46.4d9f.2c93.e395.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0.00	0.00	NOMINAL 220
11.10		
22.21		
33.31		
44.42	0.00	CONTRATADA
55.55		LIMITE INFERIOR 222
66.68		LIMITE SUPERIOR 221
77.76	0.00	
88.89		
99.99		
111.10		
122.21		
133.31		
144.42		
155.55		
166.68		
177.76		
188.89		
199.99		
211.10		
222.21		
233.31		
244.42		
255.55		
266.68		
277.76		
288.89		
299.99		
311.10		
322.21		
333.31		
344.42		
355.55		
366.68		
377.76		
388.89		
399.99		
411.10		
422.21		
433.31		
444.42		
455.55		
466.68		
477.76		
488.89		
499.99		
511.10		
522.21		
533.31		
544.42		
555.55		
566.68		
577.76		
588.89		
599.99		
611.10		
622.21		
633.31		
644.42		
655.55		
666.68		
677.76		
688.89		
699.99		
711.10		
722.21		
733.31		
744.42		
755.55		
766.68		
777.76		
788.89		
799.99		
811.10		
822.21		
833.31		
844.42		
855.55		
866.68		
877.76		
888.89		
899.99		
911.10		
922.21		
933.31		
944.42		
955.55		
966.68		
977.76		
988.89		
999.99		
1011.10		
1022.21		
1033.31		
1044.42		
1055.55		
1066.68		
1077.76		
1088.89		
1099.99		
1111.10		
1122.21		
1133.31		
1144.42		
1155.55		
1166.68		
1177.76		
1188.89		
1199.99		
1211.10		
1222.21		
1233.31		
1244.42		
1255.55		
1266.68		
1277.76		
1288.89		
1299.99		
1311.10		
1322.21		
1333.31		
1344.42		
1355.55		
1366.68		
1377.76		
1388.89		
1399.99		
1411.10		
1422.21		
1433.31		
1444.42		
1455.55		
1466.68		
1477.76		
1488.89		
1499.99		
1511.10		
1522.21		
1533.31		
1544.42		
1555.55		
1566.68		
1577.76		
1588.89		
1599.99		
1611.10		
1622.21		
1633.31		
1644.42		
1655.55		
1666.68		
1677.76		
1688.89		
1699.99		
1711.10		
1722.21		
1733.31		
1744.42		
1755.55		
1766.68		
1777.76		
1788.89		
1799.99		
1811.10		
1822.21		
1833.31		
1844.42		
1855.55		
1866.68		
1877.76		
1888.89		
1899.99		
1911.10		
1922.21		
1933.31		
1944.42		
1955.55		
1966.68		
1977.76		
1988.89		
1999.99		
2011.10		
2022.21		
2033.31		
2044.42		
2055.55		
2066.68		
2077.76		
2088.89		
2099.99		
2111.10		
2122.21		
2133.31		
2144.42		
2155.55		
2166.68		
2177.76		
2188.89		
2199.99		
2211.10		
2222.21		
2233.31		
2244.42		
2255.55		
2266.68		
2277.76		
2288.89		
2299.99		
2311.10		
2322.21		
2333.31		
2344.42		
2355.55		
2366.68		
2377.76		
2388.89		
2399.99		
2411.10		
2422.21		
2433.31		
2444.42		
2455.55		
2466.68		
2477.76		
2488.89		
2499.99		
2511.10		
2522.21		
2533.31		
2544.42		
2555.55		
2566.68		
2577.76		
2588.89		
2599.99		
2611.10		
2622.21		
2633.31		
2644.42		
2655.55		
2666.68		
2677.76		
2688.89		
2699.99		
2711.10		
2722.21		
2733.31		
2744.42		
2755.55		
2766.68		
2777.76		
2788.89		
2799.99		
2811.10		
2822.21		
2833.31		
2844.42		
2855.55		
2866.68		
2877.76		
2888.89		
2899.99		
2911.10		
2922.21		
2933.31		
2944.42		
2955.55		
2966.68		
2977.76		
2988.89		
2999.99		
3011.10		
3022.21		
3033.31		
3044.42		
3055.55		
3066.68		
3077.76		
3088.89		
3099.99		
3111.10		
3122.21		
3133.31		
3144.42		
3155.55		
3166.68		
3177.76		
3188.89		
3199.99		
3211.10		
3222.21		
3233.31		
3244.42		
3255.55		
3266.68		
3277.76		
3288.89		
3299.99		
3311.10		
3322.21		
3333.31		
3344.42		
3355.55		
3366.68		
3377.76		
3388.89		
3399.99		
3411.10		
3422.21		
3433.31		
3444.42		
3455.55		
3466.68		
3477.76		
3488.89		
3499.99		
3511.10		
3522.21		
3533.31		
3544.42		
3555.55		
3566.68		
3577.76		
3588.89		
3599.99		
3611.10		
3622.21		
3633.31		
3644.42		
3655.55		



LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
MAR/2018

CÓDIGO MINHA CI
401065114229

VENCIMENTO
02/04/2018

Emissão em 15/03/2018
Período de 13/02/2018 a 13/03/2018

PAGAR [R\$]
72,38



CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB



7200039896 00000 000000000000 10 150318

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



MUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastra-se em www.bancodobrasil.com.br.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 50	36,96
MÓVEL (83) 98751-1209	32,39
+ Oi Internet Pra Celular	
+ DDD e Roaming Nacional 50	0,00
+ Torpedo 50	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	69,35
Alem disso, você...	
utilizou mensagens / internet móvel	0,45
SUBTOTAL	69,80
Multa e Juros	2,58
TOTAL DA SUA FATURA	72,38

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452
NÚMERO DA FATURA: 909451942
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

CÓDIGO MINHA OI
401065114229

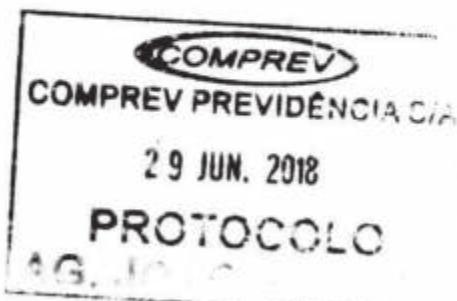
www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Mar 2018	72,38
Feb 2018	89,20
Jan 2018	92,14
Dez 2017	59,38
Nov 2017	33,96
Oct 2017	47,83

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. 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.



CLIENTE

FATURA DE VENCIMENTO VALOR
MAR/2018 02/04/2018 72,30

DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

GU MÖNTEL & A.

84600000000-6 72380113242-1 96794520909-6 45194200000-6



JACINTA DE FATIMA MACHADO BEZERRA
RUA SERRA BRANCA, 113 - TIBI
SANTA RITA / PB CEP: 58910-000 (AG-1)

Emissão: 19/06/2018 - Referência Jun/2018

Endereço/Símbolo: RESIDENCIAL / BARRA PENDA MONCHAS/CD 9200, Km 25 - Custo Referência - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Referência: 10-3-254-3980 N° medidor: 000098692 CNPJ/09/085.163/0001-49 Inst. Eel: 16/018.823-0



ENERGISA PARAÍBA - DISCUSSÃO DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09/085.163/0001-49 Inst. Eel: 16/018.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005.170.396
Cód. para Díta. Automática: 0000154948

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	19/06/2018	19/07/2018	28840380434 Incl. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/154994-8

Canal de contato

- ATENÇÃO - AVERTIMENTO CADASTRAL 2018

Procure a prefeitura de sua cidade até 15/06/2018 para regularizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o 0800-0800-707-2003.

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento da acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Recomendamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Permaneça o impedimento e faturamento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lefatura	Data	Lefatura	
18/05/18	18306	19/06/18	18309	

Demonstrativo						
CCN	Descrição	Consumo (kWh)	Tributos (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0801	Consumo ate 30AVWh-BR	30.000	0,342320	7,26	7,26	0,06
0801	Consumo -31 a 100Wh-BR	57.000	0,415450	23,67	23,67	0,21
0801	Adc. B. Amarela	0,24	0,34	0,06	0,24	0,00
0801	Adc. B. Vermelha	1,80	1,80	0,47	1,80	0,03
0810	Subsídio	52,85	32,85	25	8,16	32,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRE SERV. LUM. PÚBLICA	0,80	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2018	0,22	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018	0,78	0,00	0	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0,36	0,00	0	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio	-12,84	0,00	0	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 10,88 85,72 18,43 85,72 0,58 2,72

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 50,98

Histórico de Consumo (kWh)

101		81		99		58		89		93		86		87		90		38		112		87
JUN/17		JUL/17		AGO/17		SETE/17		OUT/17		NOV/17		DEZ/17		JAN/18		FEB/18		MAR/18		ABR/18		MAY/18

RESERVADO PARA FOLHA 0875.5ed0.cc99.6690.2f46.4d9f.2c93.e395.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0,00	0,00	NOMINAL 220
11,10	0,00	220
32,31	0,00	CONTRATADA
3,42	0,00	LIMITE INFERIOR 202
6,88	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
13,70	0,00	
3,29	0,00	
12,79	0,00	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	8,08	15,88
Companhia de Energia	11,62	22,21
Serviço de Transmissão	1,43	2,81
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	27,64	54,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,98	100,00

Valor em R\$ (Ref. 4/2018) R\$ 18,12

ATENÇÃO
Sua unidade foi faturada como BAIADA MARIA, tendo um débito de R\$22,64
- imóvel fechado sem acesso ao medidor. Faturado pela média.

Faturas em atraso

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A

29 JUN. 2018

PROTOCOLO



VENCIMENTO 26/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 50,98

83670000000-0 50980054000-7 01549942018-8 06500009019-4





LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
MAR/2018

CÓDIGO MINHA CI
401065114229

VENCIMENTO
02/04/2018

Emissão em 15/03/2018
Período de 13/02/2018 a 13/03/2018

PAGAR (R\$)
72,38



CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB



7200039896 80000 800000000000 10 150318

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



MUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastra-se em www.bancodobrasil.com.br.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 50	36,96
MÓVEL (83) 98751-1209	32,39
+ Oi Internet Pra Celular	
+ DDD e Roaming Nacional 50	0,00
+ Torpedo 50	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	69,35
Alem disso, você...	
utilizou mensagens / internet móvel	0,45
SUBTOTAL	69,80
Multa e Juros	2,58
TOTAL DA SUA FATURA	72,38

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452
NÚMERO DA FATURA: 909451942
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

CÓDIGO MINHA OI
401065114229

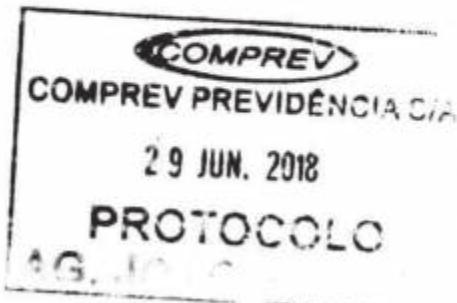
www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Mar 2018	72,38
Feb 2018	89,20
Jan 2018	92,14
Dez 2017	59,38
Nov 2017	33,96
Oct 2017	47,83

Fique atento. Efetua os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. 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.



CLIENTE

FATURA DE VENCIMENTO VALOR
MAR/2018 02/04/2018 72,30

DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

GU MÖNTEL & A.

84600000000-6 72380113242-1 96794520909-6 45194200000-6



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal

Único meio mais seguro de conta

Valor total da fatura: R\$ 82,30 - Número da fatura: N° 017.173.600



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 29 - Crato Mademor - João Pessoa / PB - CEP 58171-410
CNPJ 08.281.167 / 0001-40 - insc. Est. 10.01.3.621-4

DADOS DO CLIENTE

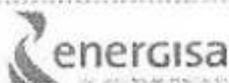
FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
RUA SERRA BRANCA, 13
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/154994-8

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	17/12/2018	87	24/12/2018	R\$ 82,30

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Rotativo: 10-009-054-3580

83670000000-0 82300054000-0 01549942018-8 12300009019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÉCULA
24/12/2018	R\$ 82,30	154994-2018-12-3



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP³ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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 LEONARDO LUIZ DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 250424 814, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO SANTOS NO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 684 824 504, 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALOR da Vítima FRANCISCO SANTOS NO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 684 824 504, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Recuso informar

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

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

Endereço Av. Presidente Bento de Mendes		Número 353	Complemento C/17
Bairro Sandim das Neves	Cidade Bento Ribeiro	Estado Paraíba	CEP 58020670
Email	Telefone comercial (DDD) 87 3861 3863	Telefone celular (DDD)	

3000 Réssia ob de 30 de 2018
Local e Data

Local e Data

Assinatura do Declarante



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP³ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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 LEONARDO LUIZ DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 250424 814, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO SANTOS NO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 684 824 504, 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALOR da Vítima FRANCISCO SANTOS NO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 684 824 504, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ COMPROVANTE _____ Apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço Av. Presidente Bento de Mendes		Número 353	Complemento C/17
Bairro Sandim das Neves	Cidade Bento Ribeiro	Estado Paraíba	CEP 58020670
Email	Telefone comercial (DDD) 87 3861 3863	Telefone celular (DDD)	

3000 Réssia ob de 30 de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	20/04/68
NOME DA MÃE	MARIA GOMES MARINHO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	106313
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1052273
DATA DO ATENDIMENTO	31/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO, FRATURA DE RÁDIO ESQ. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S53.1, S82.1, S52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO REFERINDO DOR EM ANTEBRAÇO E Perna ESQUERDA. APRESENTA CONTUSÃO E FERIMENTO NA FACIAL. ENCONTRA-SE LUCIDO, ORIENTADO GLAGOW 15 AVALIADO PELA C. GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA, BMF.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TORAX, RX ANTEBRAÇO ESQ. RX Perna ESQ. RX PUNHO ESQ. E MÃO ESQ. RX JOELHO E. TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE JOELHO ESQ.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX Perna ESQUERDA - FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO. RX PUNHO ESQ - FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO COTOVELO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA ESQ. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 29/01/18
+ 26/04/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSM
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	20/04/68
NOME DA MÃE	MARIA GOMES MARINHO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	106313
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1052273
DATA DO ATENDIMENTO	31/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO, FRATURA DE RÁDIO ESQ. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S53.1, S82.1, S52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM ANTEBRAÇO E Perna ESQUERDA. APRESENTA CONTUSÃO E FERIMENTO NA FACIAL. ENCONTRA-SE LUCIDO, ORIENTADO GLAGOW 15 AVALIADO PELA C. GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA, BMF.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TORAX, RX ANTEBRAÇO ESQ. RX Perna ESQ. RX PUNHO ESQ. E MÃO ESQ. RX JOELHO E TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE JOELHO ESQ.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL

29 JUN. 2018

PROTOCOLO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX Perna ESQUERDA - FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO. RX PUNHO ESQ - FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO COTOVELO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA ESQ. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 29/01/18
.+ 26/04/18

Elivaldo Sales
Cirurgião de Trauma
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospitais Estaduais de Emergência e Trauma
Senadoor Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1052273



Identificação do paciente				
ID 1246570	Nome FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49 anos 8 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA GOMES			Pal JOSE FRANCISCO DO NASCIMENTO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987068818	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Em.	Naturalidade BORBOREMA	CBO/R		

Endereço				
CEP 58300090	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro VINTE E NOVE DE JULHO	
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO	

Admissão				
Data e Hora 31/12/2017 18:30:28	Número da pulseira 100000628872	Convênio SUS	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA 3 JUN. 2019	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MÔTO X MOTO		

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

Sinais Vitais				
PA 130 x 90 mmHg		P脉 68	Temperatura	SPC 96/10

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos
PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EGR. VITAVI
DE ACIDENTE ADOPO. SEGUINTE PRA CDE PRAZ
REALIZOU EXAMES. ADALBERTO

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 01min 15seg
---	----------------------

Imprimir



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 JUN. 2013

PROTOCOLO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:

BE: 1050223

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, **do profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL**;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por **Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre **profissionais da saúde** e **paciente** ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O **profissional da saúde** tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao **paciente**, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

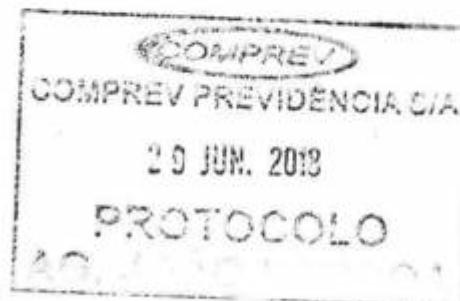
Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa,/...../.....

Paciente – RG

Representante Legal – RG



FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)





Estad. 6117 Venezuela Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		BAE 1052273	Data/Hora Entrada 31/12/2017 18:30:28	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987068818
Mãe MARIA GOMES				Prontuário
Endereço VINTE E NOVE DE JULHO, SN		Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA		Nº Cons. Regional 6229/PB
Data/Hora Classificação 31/12/2017 18:30:28		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 00:19:33		
Número de Placa P-1000		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ACIENTE RETORNA COM TC REVELANDO UM AFUNDAMENTO CENTRAL PASSÍVEL DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RX DE PUNHO D INSATISFATÓRIO, REALIZADO DO ANTEBRAÇO

SOLICITO RX PUNHO E PARA AVALIAR NECESSIDADE DE REDUÇÃO

CD: RX PUNHO + MÃO ESQUERDO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLICUA) (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 10)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA (AP + LATERAL + OBLÍQUA). (INDICAÇÕES CLÍNICAS)

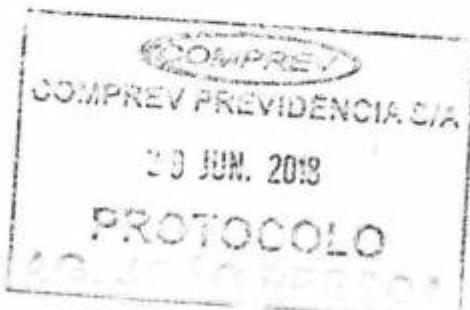
Comments

Conduta

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(: 6229/PB)

Dr. Heisenberg Almeida
MÉDICO CRM/PB: 224





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 2458276

Paciente FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		BAE 1052273	Data/Hora Entrada 31/12/2017 18:30:28	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1968	Idade: 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987068818
Mãe MARIA GOMES		Prontuário		
Endereço VINTE E NOVE DE JULHO, SN	Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB	
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Nº Cons. Regional 6018/PB	
Data/Hora Classificação: 31/12/2017 18:30:28		Data/Hora Prescrição 31/12/2017 22:31:50		
Vênio		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

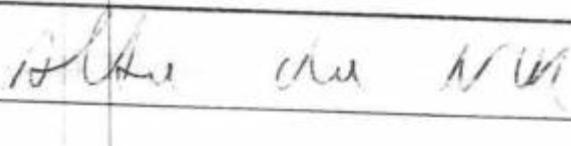
cidente motociclistico;nega cefaleia ou cervicalgia.
 ao exame:glasgow 15,asia-e,fcc não suturado no mie!,eupneico,hemodinamicamente estavel
 tc de crânio:n.d.n.
 cd:alta da neurocirurgia;aos cuidados da ortopedia

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



 Mauro Guerra
 Neurocirurgia
 6018/PB 6018

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO



 MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
 (6018/PB)


Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 31/12/2017 18:31:43



Cruz Vermelha Brasileira



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 FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		BAE 1052273	Data/Hora Entrada 31/12/2017 18:30:28	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987068818
Mãe MARIA GOMES		Prontuário		
Endereço VINTE E NOVE DE JULHO, SN		Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE KENNEDY DANTAS ROCHA		Nº Cons. Regional 7610/PB
Data/Hora Classificação 31/12/2017 18:30:28		Data/Hora Prescrição 31/12/2017 20:55:35		
Convênio eus	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

'ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DA ADM DO JOELHO ESQUERDO.
R-X DO PUNHO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM DESVIO DORSAL, NECESSITANDO DE
REDUÇÃO INCRUENTA.
SOLICITO R-X DO JOELHO PARA DEFINIR CONDUTA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
S60.0	Contusão do joelho

Conduta

Em observação

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO

GEORGE KENNEDY DANTAS ROCHA
(: 7610/PB)



Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 31/12/2017 19:31:45



Cruz Vermelha Brasileira



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 FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		BAE 1052273	Data/Hora Entrada 31/12/2017 18:30:28	Data Baixa
de nascimento 1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987068818
GOMES				Prontuário
20 3 NOVE DE JULHO, SN		Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
9 X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RENATA MOURA XAVIER DANTAS		Nº Cons. Regional 4525/PB
ra Classificação 3117 18:30:28		Data/Hora Prescrição 31/12/2017 18:58:07		
0		Nº Matrícula	Senha	

Amnese

ENTRE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NEGA SÍNCOPE, TOQUE ALERGIA MEDICAMENTOSA. NO MOMENTO, BEG, EUPNÉICO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, ALIZANDO, RESPONSIVO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, HÁLITO ETÍLICO. AME FÍSICO APRESENTA FERIMENTO ABRASSIVO EM SUPERCÍLIO E, GLABELA, E DORSO NASAL, CIADO A EDEMA. AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO E OBSTRUÇÃO NASAL, DEMAIS CONTORNOS ÓSSEOS ERVADOS. BOA ABERTURA BUCAL. ORIENTO PACIENTE BUSCAR SERVIÇO PARA VACINACÃO ETÂNICA.

EXAME FÍSICO + ORIENTAÇÕES + ALTA CTBME

9

Descrição
Ferimento na cabeça, de outras localizações.

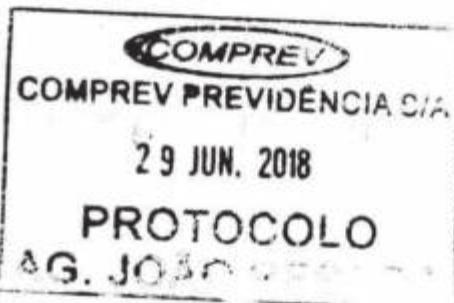
L'Uta

Este encaminhado com sucesso para a seção

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PR)

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)



Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA BODRIGUES MARCAI — 54 —



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO CONDIM, 1010-0200 LISBOA

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO		BAE 1052273	Data/Hora Entrada 31/12/2017 18:30:28	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987068818
Mãe MARIA GOMES		Prontuário		
Endereço VINTE E NOVE DE JULHO, SN		Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE KENNEDY DANTAS ROCHA		Nº Cons. Regional 7610/PB
Data/Hora Classificação 31/12/2017 18:30:28		Data/Hora Prescrição 31/12/2017 20:55:35		
Convênio SUS		Nº Matrícula		
Anamnese		Senha		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DA ADM DO JOELHO ESQUERDO.
R-X DO PUNHO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM DESVIO DORSAL, NECESSITANDO DE
REDUÇÃO INCRUENTA.
SOLICITO R-X DO JOELHO PARA DEFINIR CONDUTA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP) - 11/07/2008

CID10

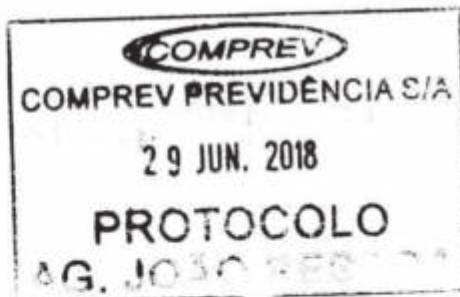
Código	Descrição
S80.0	Contusão do joelho

Conduta

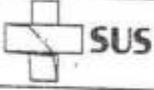
Em observação

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

GEORGE KENNEDY DANTAS ROCHA
(: 7610/BR)



Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 31/12/2012 às 21:42

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE LIGET S/N L					
2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____					
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Francisco José da Nóbrega Neto					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>					
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE _____					
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____					
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ <small>Agulha de anestesia liso - regional lombar</small>					
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  COMPREV PREVIDÊNCIA S/A					
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 29 JUN. 2018					
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL PROTOCOLO AG. JUN 2018					
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p> - Kirschner - 2x6 = 01 - 3,5 = 01 - 3,8x3 = 01 - 3,8x3 = 01 / 3,8x3 = 01 / 3,8x3 = 01 - Fim de Kirschner 3,8 = 01 = 01 - Agulha de Píxe N: 50 = 01 + N: 100 = 01 - Total = 02 </p>					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE					
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR AUTORIZAÇÃO					
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fábio Henrique da Mota BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Ricardo R. Chicamone 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

	Diagnóstico Pós-Operatório	CID
	<u>Fibrose de nódulo ósseo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exercavitum</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: _____

Ricardo R. Chicamone
CRM-EF 73012, CRM-PR 6661

João Pessoa, 05/01/18



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DESLIGA FRENTA

Incisão:

Fixação interna

DIFLS "F" FALSE

Achados:

PACMAN PARA DISFRUTAR

Conducta:

SEM 11/12/2022 CONCEPTUAL

~~TRCS~~ AXILOPAZ MAR

Fechamento:

Ricardo R. Chircanoff
CNPQ/PE 239137, CNPQ-PB 6407

Observação:

João Pessoa, / /

Médico/CRM:



677-678

NAME DO PACIENTE	Enseada José do Nascimento						
IDADE	49	SEXO	BE	PRONTUÁRIO	ENFERMAGEM	LEITO	
CIRURGIA	Tmt. de Fratura de costela direita						
CIRURGÃO	Paulo	1º AUX.	2º AUX.				
ANESTESIA	Bupivacaina + sedativo						
ANESTESISTA	Willians Ferreira						
INSTRUMENTADOR	Silva						
DATA	05/06/10	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	09:00	FIM	CIRURGIA: INÍCIO	09:00	FIM
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		500	02	JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		500	03	JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	01			JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
MIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
ENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	100	LÂMINA BISTURI N°15	01	FIO DE NYLON N°	
ENTANILA	01	PVPI DEGERMANTE	100	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
LUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPÓICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	01	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	06	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA S/ VASO	01	AGULHA 25X07	02	LUVA ESTÉRIL N°7,5	03	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	01	AGULHA 25X08	02	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12	04	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	04	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	03	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	03	SERINGA 10ML	09	FIO STEINMAN N°	
TIGPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	04	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°		COMPRESSA	
DRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		COMPRESSA	
UA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	01	SONDA ASP. TRAQUEAL N°11		COMPRESSA	
TROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		COMPRESSA	
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		COMPRESSA	
EFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 3VIAS N°12		COMPRESSA	
XAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 3VIAS N°14		COMPRESSA	
PIRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		COMPRESSA	
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		COMPRESSA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	SONDA URETRAL N°		COMPRESSA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	01	COMPRESSA	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		COMPRESSA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		COMPRESSA	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		COMPRESSA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	01	COMPRESSA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				COMPRESSA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				COMPRESSA	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	02	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAGO	01	FIO ALGODÃO S/A N°		() ASPIRADOR	
		GAZES	10	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELETRICO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°		() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°		() CÁRDIOMONITOR	
		JELCO N°14				() DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16				() FOCO AUXILIAR	
						() FOCO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO.	
						() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
						() PERFORADOR ELETRICO	
						() SERRA	
						() CIRCULANTE	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	
						() TENSÃO DIASTOLICA	
						() TENSÃO MÉDIA	
						() TENSÃO PULSATIL	
						() TENSÃO TORACICA	
						() TENSÃO VENOSA	
						() TENSÃO ARTERIAL	
						() TENSÃO SISTOLICA	

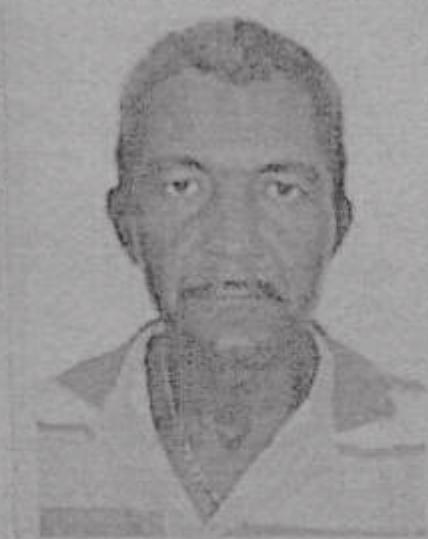
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SERIE B - TITULAR - PLACA DE PLÁSTICO

NOME

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO



INTERPRINT LTDA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

3689049

SSP

PB

CPF

684.824.504-68

DATA NASCIMENTO

20/04/1968

FILIAÇÃO

JOSE FRANCISCO DO
NASCIMENTO
MARIA GOMES MARINHO

PERMISSÃO



ACC



CATHAB



Nº REGISTRO

00412300670

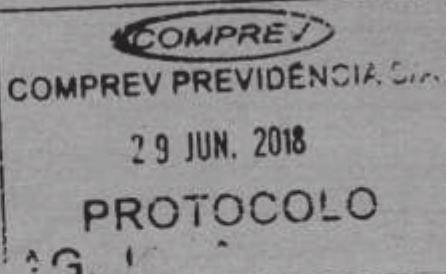
VALIDADE

04/02/2020

1ª HABILITAÇÃO

27/06/1989

OBSERVAÇÕES



Francisco José do Nascimento

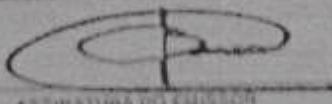
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

05/02/2015



65319685544
PB030103266

PROIBIDO PLASTIFICAR

1030070389

UNIVERSITÁRIO DA PARAÍBA

Pró-Reitoria Geral
Coordenação do Programa Plataforma

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.716.934-27

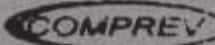
Nome

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO

Matrícula

2010411268

VALIDACIONADA COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. 1000



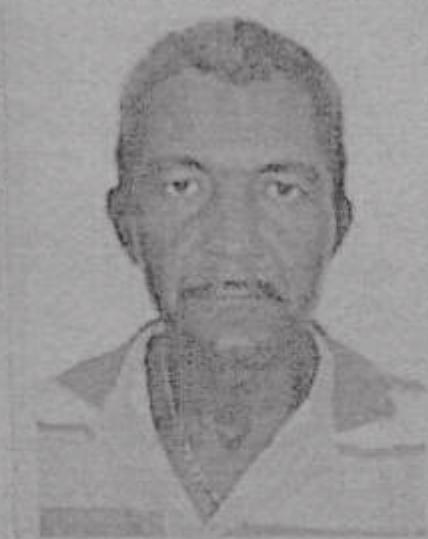
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SERIE B - TITULAR - PLACA DE PLÁSTICO

NOME

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO



INTERPRINT LTDA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

3689049

SSP

PB

CPF

684.824.504-68

DATA NASCIMENTO

20/04/1968

FILIAÇÃO

JOSE FRANCISCO DO
NASCIMENTO
MARIA GOMES MARINHO

PERMISSÃO



ACC



CATHAB



Nº REGISTRO

00412300670

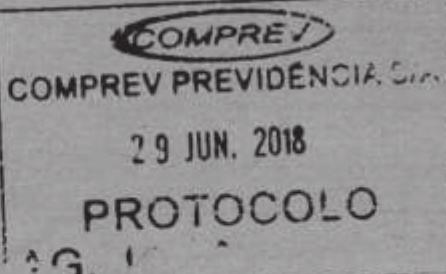
VALIDADE

04/02/2020

1ª HABILITAÇÃO

27/06/1989

OBSERVAÇÕES



Francisco José do Nascimento

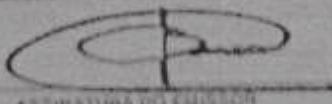
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

05/02/2015



ASSINATURA DO EMISSOR

65319685544
PB030103266

PROIBIDO PLASTIFICAR

1030070389

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SERIE B - TITULAR - PLACA DE PLÁSTICO

UNIVERSITÁRIO DA PARAÍBA

Pró-Reitoria Geral
Coordenação do Programa Plataforma

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

042.716.934-27

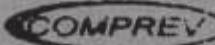
Nome

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO

Matrícula

2010411268

VALIDACIONADA COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. 1000





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **042.715.934-27**

Nome: **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **20/04/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:12:23** do dia **26/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6876.52EC.511D.6C08**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

OPA MÍCIAÇÃO CIVIL - BRASIL

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SEU PEGUEU DE TURPA 24 11/02/2019 10:31 - 00000012627

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.11585.70-5

1059010

0060

PB

Francisco José do Nascimento

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO

PLAÇA..... MARIA GÓNES MARINHO
..... JOSÉ FRANCISCO DO NASCIMENTO
NASCIMENTO..... 20/04/1968
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE..... BORBOREMA - PB
DOCUMENTO..... P.G - 2752447 - 21/11/2012 - 6505 - PB

LEI Nº 9.645, DE 17 DE MAIO DE 1998

CPF..... 042 719 934-27

CNH.....

TIT. ELEITOR..... 021238061297

SEÇÃO: 0140

ZONA: 002

LUGAR DE EMISSÃO: ITAÚ - JOÃO PESSOA

DATA DE EMISSÃO: 06/07/2015

Francisco José do Nascimento
Francisco José do Nascimento
Francisco José do Nascimento

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180300530 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 31/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DE DO PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(RÁDIO DISTAL ESQUERDO) E DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL E ANATÔMICO LEVE EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

E 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

08482450468

Nome completo da vítima

Francisco José do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco José do Nascimento	08482450468	Administrador
Endereço	Número	Complemento
Av. Santa Bárbara	111	
Bairro	Cidade	Estado
Tibau	Santa Rita	RN
Email	Telefone (DDD)	
	833665863	

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 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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 NRO: 3340 D/V CONTA NRO: 08401 D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NAO _____
 AGÊNCIA NRO: _____ D/V CONTA NRO: _____ 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.

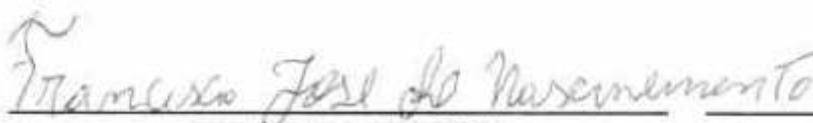
Santarém, 24 de Julho

de 2018 24 JUL. 2018

Local e Data


COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIMA ECONOMICA 11.1.1994

1914 - SANTA RITA, PB
DATA 3/87/2018
TERMINAL 1086
NSU 0000056 HORA 08:59:58
M/T - 00000

COMPONENTE DE SALDO

AGENCIA CONTA 3346/213 MEXICO 01 8
NOMBRE: FRANK SOTO J. MEXICO 01 8

SALDO DISPONIVEL: 0,00
SALDO BLOQUEADO: 0,00
SALDO TOTAL: 0,00

Intercâmbios entre universidades e instituições de ensino superior da América do Sul 726 001
Outono de 1984, Edição 25 274
www.ces.ufsc.br

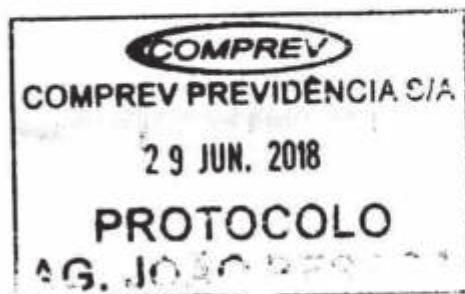
Via Gante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Eu Leonorlo Gius da Silva Costa, Procurador do
Sr Francisco Soe do nascimento, Vento Por meio
desta informar ole não sabemos o para de se
ela Sra Josefa Miguel de Amorim, Leonorlo
assim impossibilitado de fazermos a declaração
do proprietário do Veículo, Deste sa Peolmos
a Com Preverão do senhor analista



Boa Fosso, 21/06/2018





F.S. VASCONCELOS E CIA LTDA 4
ROD. BR-230 KM 12-ESTRADA DE
CABEDELO - PB
CEP: 58310000
FONE: 83 32149000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DE NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - INTRADA 1 - SAÍDA
Nº 26106
SÉRIE 100
PÁGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
25110909268517000564551000002361061731789164

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora.

TIPO DE OPERAÇÃO

ENDA MERCADORIA SUBST. TRIBUT

SÉRIE ESTADUAL

6.057 649-0

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ

09 269.517/0005-64

NOME PESSOAL / FANTASIA

JOSEFA MIGUEL DE AMORIM

CNPJ / CPF

397.805.895-20

DATA EMISSÃO

27/09/2011

ENDERECO

IR MARGARIDA FONSECA DE ARRUDA

BAHIA / DISTRITO

MINAIRA

CEP

58038600

DATA ENTRADA / SAÍDA

27/09/2011

INICIO

JOAO PESSOA

FONE / FAX

83 88898433

UF

PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

IDHA ENTRADA / SAÍDA

00:00:00

FATURA / DUPLICATA

CALCULO DO IMPOSTO

SÉRIE DE CALCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

473.15

80.44

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.

VALOR DO ICMS SUBST.

0.00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

0.00

3.490,00

VALOR DO FRETE

0.00

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

0.00

CONDUITADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME DO CONDUITADOR

MESMO

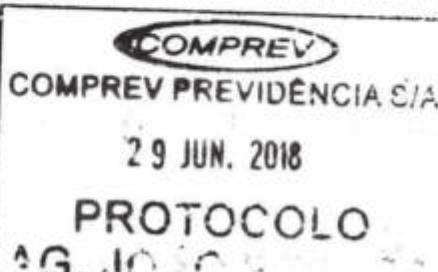
CLASSE / VOLUME

PRÉDIO

MARA

ÓRDO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NOMIS	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITÁRIO	DESC	VALOR TOTAL	ICMS	H.R. ICMS	VLR. IP	VAL. ICMS	ACR. IP
10245	MOTO HYPE 50 PRETA JONNY COMBUSTIVEL: GASOLINA TIPO CICLOMOTO ANG/MD: 2010/2011 CHASSI: LH4XCBLD8B0215967 SÉRIE: MOTOR: 138FMB11A16883	87111000	010	5405	UN	1	3.480,00	0,00	3.490,00	473,15	80,44	0,00	17,00	0,57

CNPJ 08.304.957/0003-03
JNW do Brasil Import Comércio de Veículos Ltda.
Av. Barão de Mémanguape, 688
Torre-CEP 58340-330
João Pessoa-Paraíba



DATA DA ISSUO

RESERVAÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

VALORES ADICIONAIS

VALORES COMPLEMENTARES

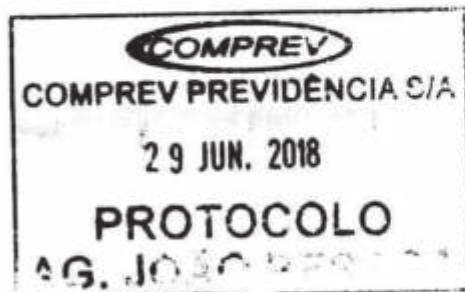
VEI LLO VENDIDO SEM ALIENACAO FIDUCIARIA.

- FIL. PRIGEM: 38 :: PEL. VENDA: 76745 :: VENDEDOR: 15432 ::

Eu Leonorlo Gius da Silva Costa, Procurador do
Sr Francisco Soe do nascimento, Vento Por meio
desta informar ole não sabemos o para de se
ela Sra Josefa Miguel de Amorim, Leonorlo
assim impossibilitado de fazermos a declaração
do proprietário do Veículo, Desejamos
a Compreensão do senhor analista



Boa Fosso, 21/06/2018





F.S. VASCONCELOS E CIA LTDA 4
ROD. BR-230 KM 12-ESTRADA DE
CABEDELO - PB
CEP: 58310000
FONE: 83 32149000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DE NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - INTRADA 1 - SAÍDA
Nº 26106
SÉRIE 100
PÁGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
25110909268517000564551000002361061731789164

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
325110011308084 - 27/09/2011 01:48:48

TIPO DE OPERAÇÃO

ENDA MERCADORIA SUBST. TRIBUT

SÉRIE ESTADUAL

6.057 649-0

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ
09 269.517/0005-64

NOME PESSOAL / FANTASIA

JOSEFA MIGUEL DE AMORIM

CNPJ / CPF
397.805.895-20
DATA EMISSÃO
27/09/2011

ENDERECO

IR MARGARIDA FONSECA DE ARRUDA

BAHIA / DISTRITO
MINAIRACEP
58038600DATA ENTRADA / SAÍDA
27/09/2011

END. / FONE / FAX

IOAO PESSOA

FONE / FAX
83 88898433UF
PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA / SAÍDA
00:00:00

FATURA / DUPLICATA

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO IPI SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
473.15	80.44	0.00	0.00	3.490,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	ULTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0.00	0.00	0.00	473.15	0.00

CONDUITADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

TIPO DE FRETE	EMITENTE	DESTINATÁRIO	COCHOO ANFT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ / CPF
MESMO					XX	
EXTERNO					XX	

CLASSE / CATEGORIA

PRÉCIO

MARA

NUMERAÇÃO

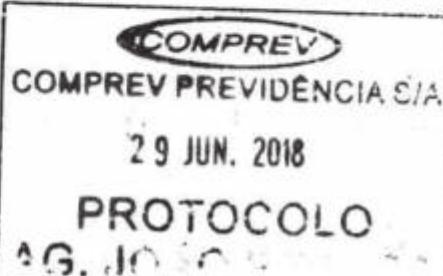
PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

111,00

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NOMIS	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESC	VALOR TOTAL	ICMS	H.R. ICMS	VLR. IPI	ACO. ICMS	ACO. IPI
10245	MOTO HYPE 50 PRETA JONNY COMBUSTIVEL: GASOLINA TIPO CICLOMOTO ANG/MD: 2010/2011 CHASSI: LH4XCBLD8B0215967 SERIA MOTOR: 138FMB11A16883	87111000	010	5405	UN	1	3.480,00	0,00	3.490,00	473,15	80,44	0,00	17,00	0,56

CNPJ 08.304.957/0003-03
JNW do Brasil Import Comércio de Veículos Ltda.
Av. Barão de Mémanguape, 688
Torre-CEP 58340-330
João Pessoa-Paraíba



DATA EMISSÃO DO ISSQN

RESERVAÇÃO MUNICIPAL

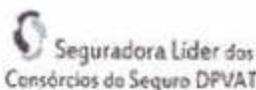
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

B.I. DE CALCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

RESERVAÇÃO DO ISSQN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046841/19

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 042.715.934-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO : 042.715.934-27

- 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: 07/02/2019
Nome: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 042.715.934-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: Katiana dos Santos Matos
CPF: 036.230.477-75

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Katiana dos Santos Matos

Katiana Matos

De: Ricardo Gonçalves
Enviado em: terça-feira, 29 de janeiro de 2019 17:26
Para: Katiana Matos
Cc: Anderson Bezerra
Assunto: RES: Correção do CPF na base do SISDPVAT 3180300530 - LIBERAR - 9327

Segue chamado aberto - SD15957 – IM4341.

De: Ricardo Gonçalves <ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 25 de janeiro de 2019 17:32
Para: Ricardo Gonçalves <ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br>
Cc: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>; Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: Correção do CPF na base do SISDPVAT 3180300530 - LIBERAR - 9327

Katiana,

Vou solicitar a liberação para cadastramento na dependência 9327.

Atenciosamente,
Ricardo Gonçalves

Gerência Técnica.

ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

SEGURO MUNICIPAL

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 25 de Janeiro de 2019 17:26
Para: Ricardo Gonçalves <ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br>
Cc: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Correção do CPF na base do SISDPVAT 3180300530

Ricardinho
Boa tarde

Tentei recadastrar e novamente deu tela de erro.
segue anexo.

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Ricardo Gonçalves <ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 24 de janeiro de 2019 16:10

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Cc: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Correção do CPF na base do SISDPVAT 3180300530

Katiana, boa tarde!

Este caso se encontra liberado para cadastramento pela 9327, até amanhã dia 25/01, considerando o CPF válido, informado no corpo de e-mail.

Atenciosamente,
Ricardo Gonçalves

[Gerência Técnica](#).

ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 21 de janeiro de 2019 17:16
Para: Ricardo Gonçalves <ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br>
Cc: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>
Assunto: Correção do CPF na base do SISDPVAT 3180300530

Ricardo
Boa tarde

Solicito correção do CPF na base do SISDPVAT.

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
Nascimento 20/04/1968
Data do sinistro 31/12/2017
3180300530 ASL-0235001/18
CPF cancelado 684.824.504-68
CPF regular 042.715.934-27

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica
katiana.matos@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 21 de janeiro de 2019 17:11
Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Katiana,

Primeiro solicita a correção do CPF na base do Sisdpvat. Feito isso, vamos prosseguir com o recadastramento do processo.

Atenciosamente,

Anderson Bezerra

Gerência Técnica
anderson.bezerra@seguradoralider.com.br



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Enviada em: segunda-feira, 21 de Janeiro de 2019 16:58

Para: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>

Assunto: ENC: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Anderson

Boa tarde

Solicito autorização para recadastramento do processo 3180300530 ASL-0235001/18 FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO.

A vítima possui dois CPFs, um cancelado e o outro regular. O processo em questão foi cadastrado com o CPF cancelado gerando assim erro na hora de efetuarmos o pagamento (processo com valor a pagar de R\$ 1.687,50), por tanto o mesmo foi cancelado para recadastramento com o CPF correto.

Solicitei nova autorização de pagamento nesse caso não incidindo pagamento de juros.

Atenciosamente,

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Katiana Matos

Enviada em: segunda-feira, 21 de janeiro de 2019 16:36

Para: 'Daniela Fidelis' <dpvat@comprev.com.br>; Inspetoria <inspetoriadpvat@comprev.com.br>

Cc: gjpa <gjoaopessoa@comprev.com.br>; Atende Jpa1 <atendejpa1@comprev.com.br>

Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Daniela
Boa tarde

Solicitamos autorização para recadastramento do processo aqui pela Seguradora Líder devido a impossibilidade de cadastramento pela Seguradora.
Pedimos aguardar nosso retorno.

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: sexta-feira, 18 de janeiro de 2019 17:02

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>; Inspetoria <inspetoriadpvat@comprev.com.br>

Cc: gjpa <gjoaopessoa@comprev.com.br>; Atende Jpa1 <atendejpa1@comprev.com.br>

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Prezada,

Na tentativa de cadastro o CPF está outro , porém na tela critica apresenta o cpf incorreto.

Segue abaixo :

Consulta de Sistemas

Consultar sistema: Consulta de Sistemas | Alterar Seta | Sair

Identificação | Nome | Unidade | Periodo | Documentos | Periodo | Consulta

Identificação | Nome | Unidade | Periodo | Documentos | Periodo | Consulta

Número de Sistemas: Data de emissão: 31/12/2007

CPF ou: 040.712.034-27

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Data de nascimento: 20/04/1968

Detalhe Referência

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
 Data de nascimento: 20/04/1968
 CPF: 040.712.034-27

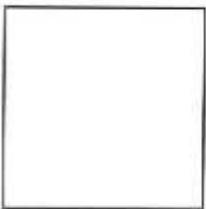
Data de sinistro: 31/12/2017
 Número do sinistro: 3180300530
 Seguradora: 2079
 Natureza: Invalidade Parcial
 Código de Regulação: Pago

Sequência: 001
 Dependência: 0111

Detalhe o número referente ao reembolso da(s) taxa(s) referente(s) ao pagamento, verificar se a cobertura é inclusa de novos documentos, para restituição da reclamação.

Fechar

Atenciosamente,


Daniela Fidelis
DPVAT
 Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070
 dpvat@comprev.com.br

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>
 Enviado: sexta-feira, 18 de janeiro de 2019 16:36
 Para: Daniela Fidelis; Inspetoria
 Cc: gjpa; Atende Jpa1
 Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Daniela
 Boa tarde

Favor atentar para o CPF cadastrado. O CPF está errado, por isso a tela de crítica.

Atenciosamente,

Katiana Matos
 Gerência Técnica
katiana.matos@seguradoralider.com.br
 Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040

www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 17 de janeiro de 2019 17:34

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>; Inspetoria <inspetoriadpvat@comprev.com.br>

Cc: gjpa <gjaoapesso@comprev.com.br>; Atende Jpa1 <atendejpa1@comprev.com.br>

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Boa tarde ,

Segue,

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Enviado: quinta-feira, 17 de janeiro de 2019 14:52

Para: Inspetoria

Cc: gjpa; Daniela Fidelis; Atende Jpa1

Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Daniela

Boa tarde

Peço que me encaminhe a tela de crítica.

Conforme informado abaixo efetuamos a tentativa de cadastramento e não acusou erro.

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Inspetoria <inspetoriadpyat@comprev.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 17 de janeiro de 2019 11:21

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Cc: gjpa <gjaoapessoas@comprev.com.br>; Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>; Atende Jpa1 <atendejpa1@comprev.com.br>

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Prezada,

Aguardamos retorno.

Atenciosamente,



Inspetoria

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2018 Fax: (21) 2505-2070
inspetoriadpyat@comprev.com.br

De: Daniela Fidelis

Enviado: segunda-feira, 7 de janeiro de 2019 12:42

Para: Katiana Matos; Atende Jpa1

Cc: gjpa; Inspetoria

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Prezada,

Aguardamos retorno , tendo em vista , impossibilidade de cadastro.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070
dpvat@comprev.com.br

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Enviado: terça-feira, 18 de dezembro de 2018 14:57

Para: Atende Jpa1; Daniela Fidelis

Cc: gjpa; Inspetoria

Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Adailton

Boa tarde

Conforme tela abaixo efetuamos uma tentativa de cadastramento e não houve erro. Peço verificar se o cadastramento está sendo realizado com o CPF correto, ou seja, o CPF regular.

Assim que o cadastramento for realizado peço me avisar.

SIS DPVAT - Sinistros

Sinistros

Usu

Ações

Aviso Seguradora Líder

Filtros

Em regulação

A distribuir

Fila de Regulação

Buscar processo

Legenda

Resumo



ASL

Nº Sinistro

Data ult. doc.



Aviso Seguradora Líder

Identificação Vítima Sinistro Pessoas Documentos Portador Conclusão

Natureza do Sinistro *

Invalidez

Data do sinistro *

31/12/2017

CPF de *

Próprio

CPF *

042.715.934-27

Vítima *

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Data de nascimento *

20/04/1968

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | YouTube

De: Atende Jpa1 <atendejpa1@comprey.com.br>

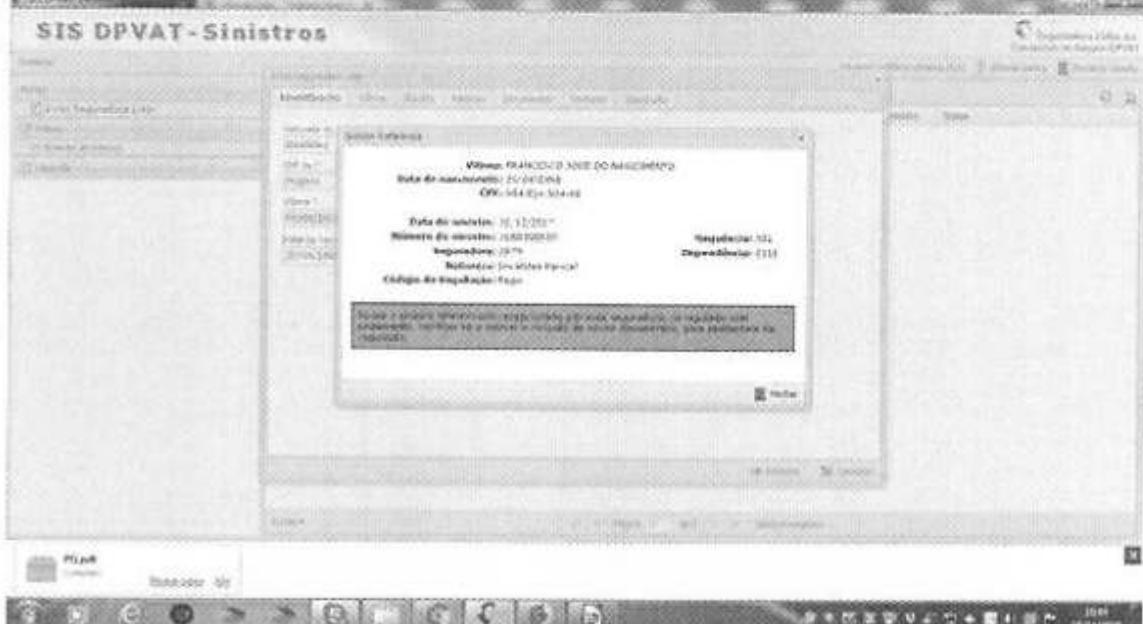
Enviada em: terça-feira, 18 de dezembro de 2018 13:06

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoraolider.com.br>; Daniela Eidelis <dpv@comprex.com.br>

Cc: gipa <gipaopessoa@comprev.com.br>; Inspetoria <inspetoriadpva@comprev.com.br>

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Visite www.boleto.com.br para reprogramar o pagamento.



Bom dia, conforme print não estou conseguindo realizar o recadastro do referido processo, pois o mesmo consta como pago, mas sendo que esse processo foi cancelado no período de reprogramação de pagamento, pois o CPF no qual o processo encontrava-se cadastrado estar cancelado junto a Receita Federal.

Gostaria de saber de como proceder nesta situação?

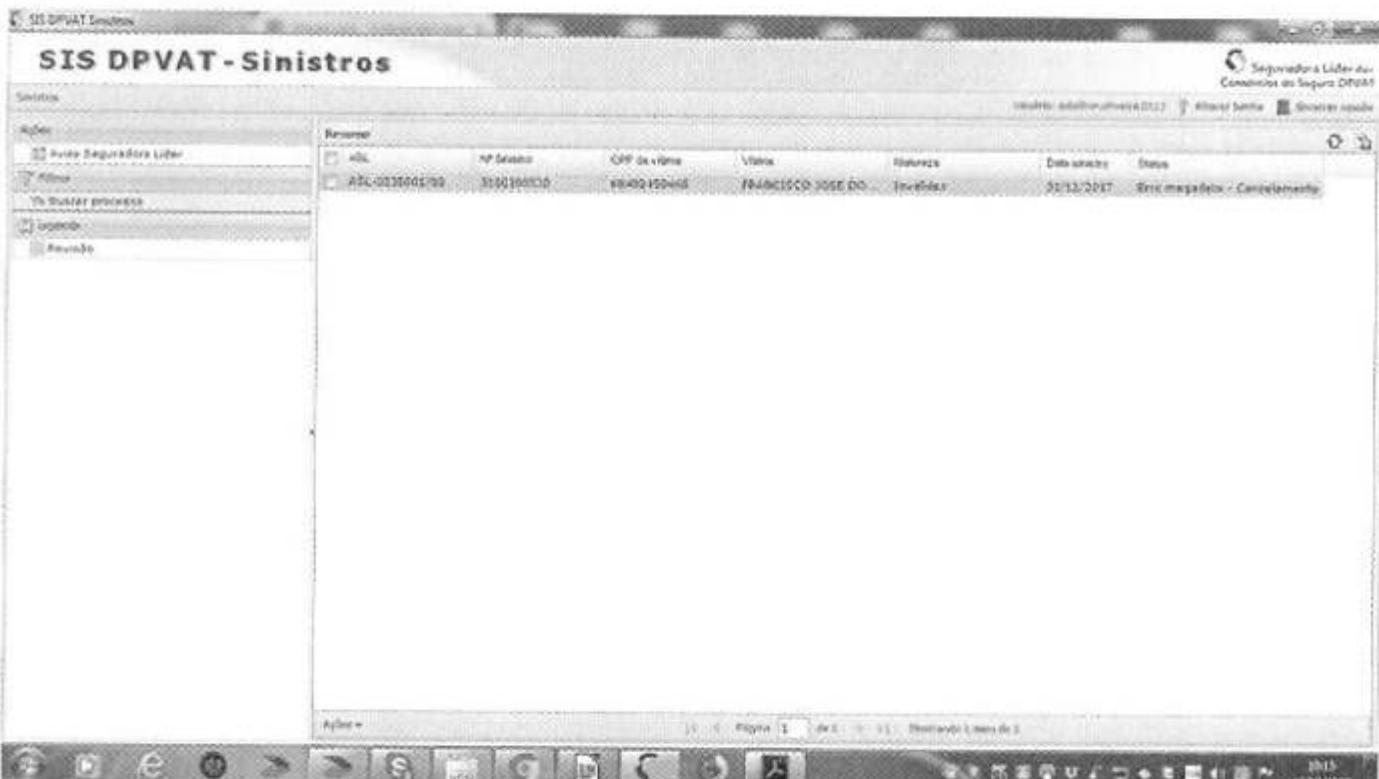
Atenciosamente

Adailton Santos

Atendente - Agência JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967

De: Atende Jpa1
Enviado: quinta-feira, 13 de dezembro de 2018 11:18
Para: Katiana Matos; Daniela Fidelis
Cc: gjpa; Inspetoria
Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530



Bom dia, conforme print não consigo recadastrar o processo, pois o cancelamento ainda não foi efetivado no sistema.

Atenciosamente

[REDACTED]
Adailton Santos
Atendente - Agência JPA
Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967
atendejpa1@comprev.com.br

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>
Enviado: terça-feira, 11 de dezembro de 2018 13:43
Para: Atende Jpa1; Daniela Fidelis
Cc: gjpa; Inspetoria
Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Daniela
Boa tarde

Processo cancelado.

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Atende Jpa1 <atendejpa1@comprev.com.br>

Enviada em: terça-feira, 11 de dezembro de 2018 11:51

Para: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>; Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Cc: gjpa <gjoaopessoa@comprev.com.br>; Inspetoria <inspetoriadpvat@comprev.com.br>

Assunto: Re: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Bom dia, procedimento realizado, estamos no aguardo do cancelamento do processo para efetuarmos o devido recadastro do mesmo.

Atenciosamente



Adailton Santos

Atendente - Agência JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967

atendejpa1@comprev.com.br

De: Katiana Matos <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

Enviado: terça-feira, 11 de dezembro de 2018 11:05

Para: Daniela Fidelis

Cc: gjpa; Inspetoria

Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

Daniela

Bom dia

Favor encaminhar o processo para reprogramação de pagamento solicitando no histórico o pendenciamento do processo para recadastramento com o CPF correto.

Assim que efetuar a ação peço que me avise.

Atenciosamente.

Katiana Matos

Gerência Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Consultas DPVAT <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>

Enviada em: sexta-feira, 7 de dezembro de 2018 12:10

Para: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Cc: gjpa <gjoaopessoa@comprev.com.br>; Cássia Cristina <inspetoriadpvat@comprev.com.br>

Assunto: RES: Enc: Erro Reprogramação de pagamento 3180300530

ATENÇÃO: Buscando maior agilidade nas nossas respostas, solicitamos a todos que encaminhem as solicitações para o Consultas Técnicas no seguinte formato preenchido no ASSUNTO da mensagem: <Nome da vítima e CPF> ou <No. do Sinistro> ou <No do ASL> + Tipo da solicitação. (Exemplo1: JOSÉ DA SILVA – CPF 123.456.789-10 - DESBLOQUEIO / Exemplo2: 3170123456 – DESBLOQUEIO) / Exemplo3: ASL-0012345/18 - DESBLOQUEIO. Obrigada pela compreensão.

Daniela

Bom dia

Solicitaremos o cancelamento do processo atual para recadastramento com o CPF correto.

Pedimos aguardar nosso retorno.

Atenciosamente,

Seguradora Líder – DPVAT

Katiana Matos

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040

----- Mensagem Original -----

De: Daniela Fidelis [dpvat@comprev.com.br]

Enviada em: 29/11/2018 13:09:09

Para: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br]

CC: gjpa [gjoaopessoa@comprev.com.br]; Cássia Cristina [inspetoriadpvat@comprev.com.br]

Assunto: Enc: Erro Reprogramação de pagamento

Prezados,

Aguardamos parecer.

Atenciosamente,

Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: Gerente JPA

Enviado: terça-feira, 27 de novembro de 2018 15:10

Para: Daniela Fidelis

Cc: Atende Jpa1

Assunto: Erro Reprogramação de pagamento

Boa tarde,

Prezados,

Estou com um processo cadastro com o sinistro: **3180300530**, que encontra-se pendente reprogramação de pagamento, onde a mesma já foi realizada três vezes sem sucesso, ao fazer uma verificação no dados cadastrados no sistema SisDPVAT com a documento apresentado para realizar a reprogramação, percebeu-se que o CPF apresentado no formulário estava divergente do cadastrado, mas o mesmo também pertence a vítima/beneficiário. Foi realizada uma consulta cadastral dos dois CPF na Receita Federal, onde foi constatado que o CPF que estar cadastrado no processo encontra-se cancelado, e que o outro apresentado encontra-se em situação regular, conforme documento em anexo, ficando assim impossibilitado de realizarmos a reprogramação de pagamento, pois o sistema não estar reconhecendo o CPF que a conta bancária estar cadastrada como se fosse do beneficiários.

Solicito uma posição de como proceder nessa situação.

Atenciosamente,

Ivaneide Freire

Gerente - Comercial

Tel.: (83)3506-3966 Fax: (83) 3506-3967

gerjpa@comprev.com.br

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Jpa, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENCIALITY

This message is confidential; its content does not constitute a commitment by Seguradora Jpa, unless except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Jpa. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mae, 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

68482450468

Nome completo da vítima

Francisco José do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF Titular da conta	Profissão
Francisco José do Nascimento	68482450468	OP. Administrativa
Endereço	Número	Complemento
Ava Séara Branca	113	
Bairro	Estado	CEP
Tibiri	Pará	58318000
Email	Telefone (DDI)	
	83 3866-3863	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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

NRO.
3348

D/V

CONTA

NRO.

8401

D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

NRO:

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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 Lider 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.

Santana, 04 de Setembro de 2018

Local e Data

Francisco José do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANÇA



5067 2250 3142 6622

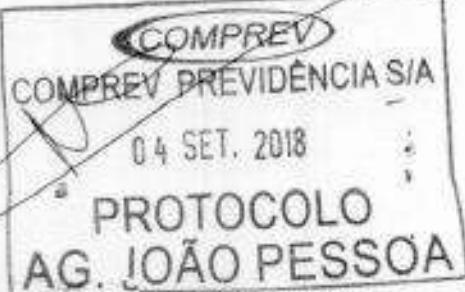
5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

FRANCISCO J NASCIMENTO
3348 013 00008401-0

elc



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco José do Nascimento, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão operador de máquinas, CI RG nº 3688048, CPF/MF nº 684 824 504 68, residente e domiciliado(a) à Rua Ava Senna Branca, 113, ribeirão, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58318 000, telefone 83 886619863, 83 887511208.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

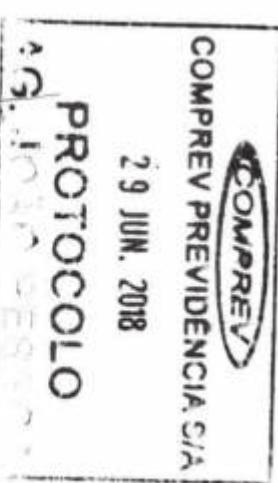
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

Santa Rita, 06 de JUNHO de 2018.



Francisco José do Nascimento

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco José do Nascimento, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão operador de máquinas, CI RG nº 3688048, CPF/MF nº 684 824 504 68, residente e domiciliado(a) à Rua Ava Senna Branca, 113, ribeirão, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58318 000, telefone 83 886619863, 83 887511208.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

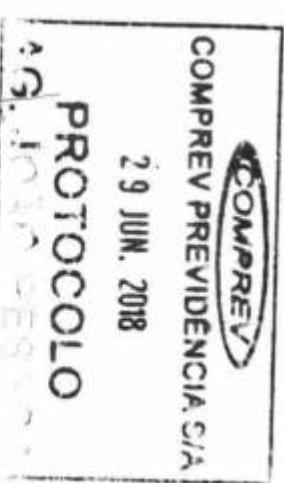
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

Santa Rita, 06 de JUNHO de 2018.

3º OFÍCIO

Francisco José do Nascimento

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046841/19

Número do Sinistro: 3190110760

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 042.715.934-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO : 042.715.934-27

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: 11/02/2019
Nome: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 042.715.934-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: Katiana dos Santos Matos
CPF: 036.230.477-75

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Katiana dos Santos Matos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046841/19

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 042.715.934-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO : 042.715.934-27

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: 07/02/2019
Nome: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 042.715.934-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: Katiana dos Santos Matos
CPF: 036.230.477-75

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Katiana dos Santos Matos

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

684.824.504-68

Nome completo da vítima

Francisco José do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisco José do Nascimento		CPF titular da conta	CPF	Profissão
Endereço	Rua Serra Branca		Número	113	Complemento
Bairro	Tilínia	Cidade	Estado	PB	CEP
Email	58919-000				
	Telefone (DDD) (83)98866-1963				

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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 N.R.O.	CONTA N.R.O.	BANCO Nome	NR.O.
3348	8401		
D/V	D/V		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA N.R.O.	CONTA N.R.O.
D/V	D/V
(Informar dígito se existir)	

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

Santa Rita, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Francisco José do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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.

E 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

08482450468

Nome completo da vítima

Francisco José do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco José do Nascimento	08482450468	Administrador
Endereço	Número	Complemento
Av. Santa Bárbara	111	
Bairro	Cidade	Estado
Tibau	Santa Rita	RN
Email	Telefone (DDD)	
	833665863	

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 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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 NRO: 3340 D/V CONTA NRO: 08401 D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

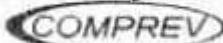
BANCO Nome _____ NAO _____
 AGÊNCIA NRO: _____ D/V CONTA NRO: _____ D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

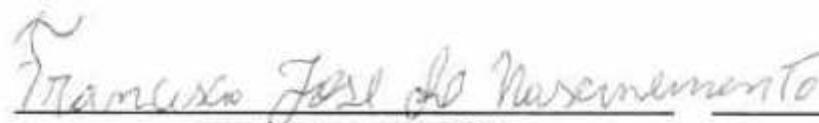
Santarém, 24 de Julho

de 2018 24 JUL. 2018

Local e Data


COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA, PB
DATA: 23/07/2018
TERMINAL: 1006 NSU: 0000006 HORA: 08:59:58
AUT.: 00000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 3246.01 - BANCO/AG: 3
NOME: FRANCISCO J. MUSUMATO

SALDO DISPONIVEL	0,00
SALDO ESGOTADO	0,00
SALDO TOTAL	0,00

Informações, est. bancos, reembolsos e cotações

SAK CAIXA 8800.726.001
Cedência da CAIXA: 0000 725 764
www.caixa.gov.br

Via Cliente

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180300530

Vitima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180300530**.

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, 20 de Julho de 2018

Carta nº 13124786

A/C: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180300530 ASL-0235001/18
Vitima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO
Data Acidente: 31/12/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT