

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2017

Carta nº: 11883820

A/C: JOSENILDO JORGE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170574594 ASL-0411324/17
Vítima: JOSENILDO JORGE DA SILVA
Data Acidente: 08/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Genildo Jorge da Silva CPF titular da conta: 980.226.794-53 Profissão: agropecuária
Endereço: Sítio Mata de Vento, b/n, Pedras de Fogo Número: Complemento:
Bairro: Cidade: Pedras de Fogo Estado: PE CEP:
Email: Telefone (DDD):

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ HRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: Bradesco NÚMERO: 237

AGÊNCIA NÚMERO: 0218 DIV: 6 CONTA NÚMERO: 1001264 DIV: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

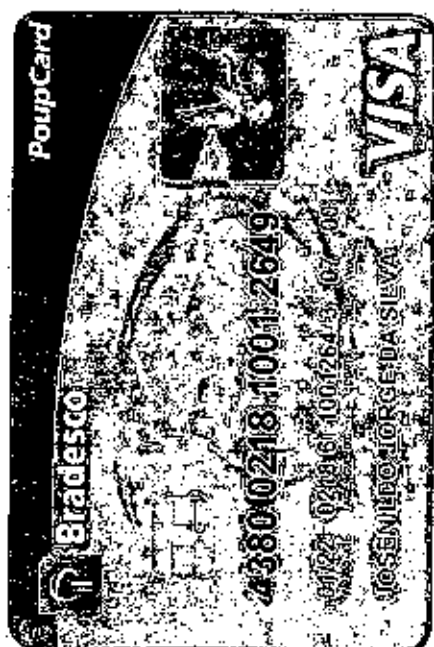
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
24 OUT. 2017
AG PROTOCOLO
AGUAS PESSOA

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.

João Pessoa 19 de 10 de 2017
Local e Data

Genildo Jorge da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 690/2017

Aos quinze dias de agosto de DOIS MIL E dezessete, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSENILDO JORGE DA SILVA, Identidade nº 1.809.927-SDS/PB, CPF nº 980.226.794-53, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Ivanildo Jorge da Silva e de Celia Maria da Silva, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 27/12/1972 (44 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata de Vara, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: 83-9-8175-1110.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE VEICULO;
- 2) DATA DO FATO: 8 de agosto de 2017;
- 3) HORÁRIO: 6h:0min;
- 4) LOCAL: Zona rural de Pedras de fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a noticiante que no dia 08/08/2017 por volta das 06:00 horas quando pilotava a sua motocicleta de placa QFR-7164/PB, RENAVAM 1126407388, registrada em nome do notidante, na zona rural de pedras de Fogo/PB, quando uma outra motocicleta atravessou na sua frente e colidiu com a motocicleta que o noticiante conduzia, vindo a cair em solo, vindo a ser socorrido para o hospital de trauma em João Pessoa/PB, onde foi atendido com varias lesões.

6) OBSERVAÇÕES:

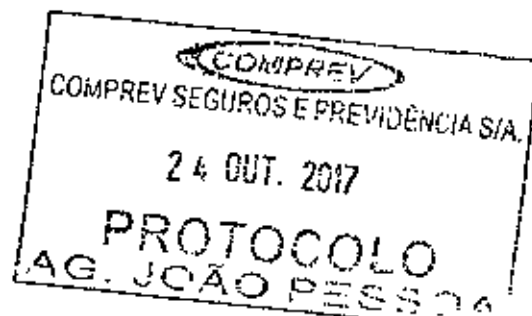
NADA CONSTA

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

JOSENILDO JORGE DA SILVA
JOSENILDO JORGE DA SILVA

Comunicante

[Assinatura]
Escrivão/Agente
Matrícula nº 135.591-1



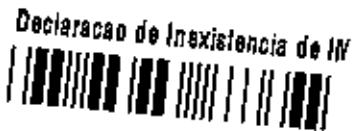
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josenildo Jorge da Silva, portador da carteira de identidade nº 1809927 e inscrito no CPF/MF sob o nº 980.226.794-53, residente e domiciliado na Sítio Mata do Vento, s/n, Cidade Pedras de Fogo, Estado Pernambuco, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

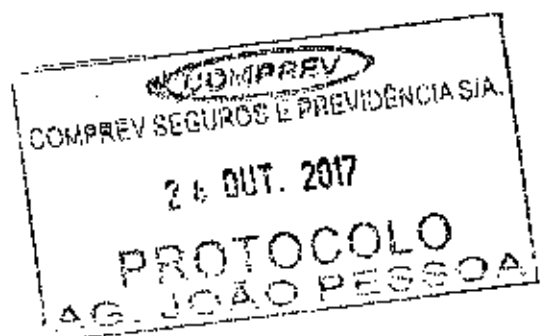


Josenildo Jorge da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15/08/2017

Local e data



Ato declaratório

Comprovação de ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira

16/08/17

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LEBBOA, 30 - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1019066



Identificação do paciente				
ID 1198050	Nome JOSEILDO JORGE DA SILVA			Sexo Masculino
Data do nascimento 27/12/1972	Idade 44 anos 7 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Profissão
Mãe CELIA MARIA DA SILVA			Pai VANILDO JORGE DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ROSEANE DA SILVA - ESPOSA(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991810023	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 1509327	Nº Cns	
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAPU		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Etnia	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAPU	CBO/R		
Endereço				
CEP 68328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro MATA DE VARA	
Número 3/A	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 08/08/2017 10:38:30	Número da pulseira 1000006194719	Convênio 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	Via de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA 120	x	70	mmHg	Pulso 77
			Temperatura	36,2 = 100
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrassonografia []				
Ondas cefálicas				
Do: 45 paciente ECG apresenta ritmo em				
pe, ou seja, tudo, supracardíaco segue as				
Diagnóstico				
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA				

Imprim

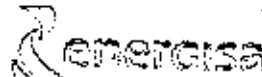
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

24 OUT. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

08/08/2017 10:35

JOSEILDO JORGE DA SILVA
SIT. MATA DA VACA, S/N - ÁREA RURAL
FLORES DE GOIA/GO CEP: 76000000 (40-113)



Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO - 0,279 Km 25 - Cópia Redutora - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
Pósterio 12.288.844 - 1160 Referência: Jun/2017 - Cópia 085 1974731-40 - Inc. Est. 18015 82340
Número de Medidor 00008356428 Emissão: 21/06/2017

Nota Fiscal: Cópia de Entrega Direta NFD 242 656
Código para Dúvidas Automáticas: 00013242793

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1634839-3

Jun / 2017

Canal de contato

Comprovante de residência

Apresentação



21/06/2017

Data prevista da próxima leitura

20/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

80022679452

REC-62

Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	18/05/17	21/06/17	1	141	33
Letura	11730	11871			

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	141	0,43487	61,31
Adc. à Verificação			1,53
ICMS			25,23
PIS			0,88
COFINS			4,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			2,14
JUROS DE MOROSIDADE			0,03
MULTA 05/2017			1,74

Histórico de Consumo (kWh)

Maio/17	130
Abril/17	149
Março/17	158
Fevereiro/17	158
Janeiro/17	171
Dezembro/16	175
Novembro/16	221
Outubro/16	148
Setembro/16	150
Agosto/16	187
Julho/16	149
Junho/16	189

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	80,46	27,00	21,72
PIS	80,46	1,2318	0,99
COFINS	80,46	4,2426	3,41

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

01/07/2017

R\$ 98,37

Média dos últimos meses

182

RESERVAÇÃO AO FISCAL

a3f5.9d38.2c97.9646.af5e.1850.8eda.b559

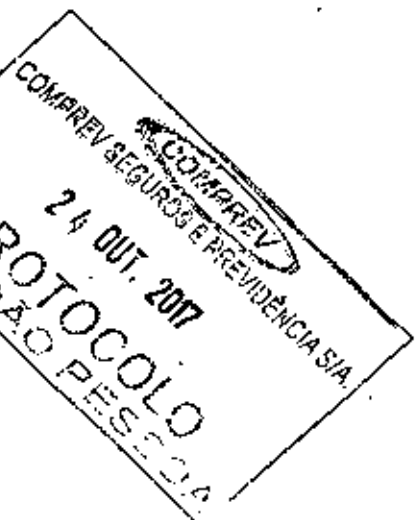
Indicadores de Qualidade 4º 2017 - Orlândia

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	12,78	9,23	
DISCONTINUIDADE ANUAL	25,53		
DISCONTINUIDADE SEMESTRAL	51,05		
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	7,82	1,03	
DISCONTINUIDADE ANUAL	15,64		
DISCONTINUIDADE SEMESTRAL	31,28		
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	8,89	3,23	
DISCONTINUIDADE ANUAL	17,78		
DISCONTINUIDADE SEMESTRAL	35,56		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	24,18	24,58
Serviços de Transmissão	29,28	29,75
Serviços de Distribuição	1,88	1,90
Serviços de Manutenção	0,72	0,73
Serviços de Operação e Manutenção	25,53	26,12
Serviços de Outros	0,00	0,00
Total	98,37	100,00

Valor do EUSD (R\$ 4,0017) R\$ 34,58

ATENÇÃO

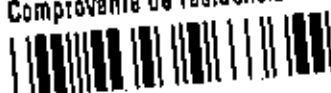


ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA.390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 07-001-409-3140
Nº do Medidor: 00008162616

Referência: MAI/2017
Emissão: 15/05/2017

Comprovante de residência



Energisa
LIGADA NA VIDA ENERGIA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 220, Km. 25 - C. São Raimundo - João Pessoa / PB - CEP 58011-680
CNPJ 09.925.153/0001-90 Insc. Est. 15.015.823-6

Nº de F. de Contas de Energia Elétrica
Nº 000.833.352

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Atendimento: 24 horas por dia, 7 dias por semana

0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Canal de Contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos de ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Indicadores de Qualidade	05/2017	Conteúdo do Reg.	Limite de Tensão (V)
Q10	99,99		
Q11	99,99		
Q12	99,99		
Q13	99,99		
Q14	99,99		
Q15	99,99		
Q16	99,99		
Q17	99,99		
Q18	99,99		
Q19	99,99		
Q20	99,99		

Q10: Índice de Qualidade de Energia Elétrica - Q10 é o índice de qualidade de energia elétrica que representa a média aritmética dos índices de qualidade de energia elétrica Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19 e Q20.

Q11: Índice de Qualidade de Energia Elétrica - Q11 é o índice de qualidade de energia elétrica que representa a média aritmética dos índices de qualidade de energia elétrica Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19 e Q20.

RLA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA
CNPJ 09.925.153/0001-90

MAI/2017 18/05/2017

Data prevista da próxima leitura
12/06/2017

Histórico de Consumo kWh	Consumo em kWh
APR/2017	404
MAR/2017	420
FEV/2017	183
JAN/2017	183
DEZ/2016	192
NOV/2016	221
OUT/2016	200
SET/2016	187
AGO/2016	168
JUL/2016	125
JUN/2016	394
MAI/2016	400

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES: 255 kWh

Composição dos valores totais da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	50,19	21,71
COMPRA DE ENERGIA	79,81	29,29
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	9,80	1,49
ENCARGOS SELOFIAIS	20,26	7,83
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	102,68	39,68
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	258,80	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Rel 03/2017): R\$ 97,41

- Leitura confirmada

ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	CONTANTE	CONSUMO kWh
11/04/17	2984	12/05/17	3338	1	354 31

Descrição	Quantidade	Preço kWh	Valor (R\$)
Consumo em kWh	354	0,41102	145,50
Adic. B. Vermelha			10,62
ICMS			62,93
PIS			2,50
COFINS			11,52
LICITAÇÕES E SERVIÇOS			11,60
CONTRIB. SERV. TUM. PÚBLICA			0,00
JUROS DE MORA 04/2017			2,25
JUROS DE MORA 03/2017			3,32
MULTA 04/2017			5,72
MULTA 03/2017			5,72

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
12.0001.22017
AG. JOAO PESSOA

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	239,07	27,00%	62,93
PIS	239,07	1,0757%	2,50
COFINS	239,07	4,9449%	11,52

Reservado ao FISCO

a31f.a753.33bb.e312.91d2.16fc.29a1.3658

VENCIMENTO
25/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 258,80

Energisa
LIGADA NA VIDA ENERGIA

Paraíba

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 07-001-409-3140

83600000002-3 58800149000-6 02800122017-8 05700010019-8



25/05/2017

R\$ 258,80

280012-2017-05-7

15

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Glória da Silva Câmara inscrito (a) no CPF sob o Nº 365.023.914-00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joséildo Jorge da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 980.226.794-53 do sinistro de DPVAT cobertura inculcadas da Vítima
Joséildo Jorge da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 980.226.794-53 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Varadouro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP <u>58010-180</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Declaração Circular SUSEP 445/12



J. Pessoa 19 de Outubro de 2017
Local e Data

Ana Glória da Silva Câmara
Assinatura do Declarante



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENILDO JORGE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	27/12/72
NOME DA MÃE	CÉLIA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.019.056
DATA DO ATENDIMENTO	08/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	10:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ + FRATURA DE SEIOS MAXILARES
CID 10	S02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega perda da consciência, ferimento corto-contuso em face, abdomen sem alterações, Glasgow 15. Fraturas das paredes posteriores dos seios maxilares + fraturas dos ossos próprios do nariz.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

tomografia computadorizada de crânio
RX de ossos da face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura das paredes posteriores dos seios maxilares das lâminas pterigopalatina e dos ossos próprios do nariz.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Tratamento conservador de fraturas de ossos da face.

ALTA HOSPITALAR:	08/08/17
DATA DA EMISSÃO:	25/09/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM 2329/PB

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JOSENILDO JORGE DA SILVA		
Data de 27/12/1972	Nº Boletim Emergência 1018056	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

RAIOB.X

TIPO ...
DATA ... 08/08/17
HORA ...
NOME TEC. RAD. ...
ASS: ...

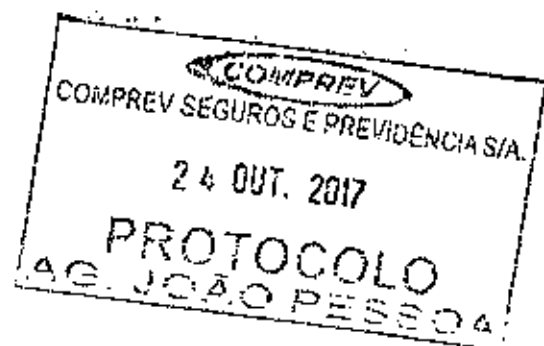
08 de Agosto de 2017

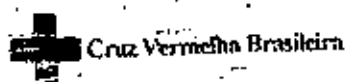
Assinatura e Carimbo do Profissional

Identificar e assinar para garantir a qualidade do serviço

TOMOGRAFIA

TIPO ...
DATA ... 08/08/17
HORA ...
NOME TEC. RAD. ...
ASS: ...





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSENILDO JORGE DA SILVA		BAE 1019056	Data/Hora Entrada 08/08/2017 10:38:36	Data Saída
Data de nascimento 27/12/1972	Idade 44	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991810023
Mãe CELIA MARIA DA SILVA			Prontuário	
Endereço MATA DE VARA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB	
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER	Nº Cons. Regional 8074/	
Data/Hora Classificação 08/08/2017 10:38:36		Data/Hora Prescrição 08/08/2017 11:06:39		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO HA 3H COM TCE. RELATA VOMITOS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, APRESENTA LESAO CORTOCONTUSA EM FACE, ABD FLACIDO E INDOLOR. TORAX, MMSS E MMII SEM ALTERACOES. NEGA ALERGIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SUTURA DE FERIMENTO, (OBSERVAÇÕES: FACE)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

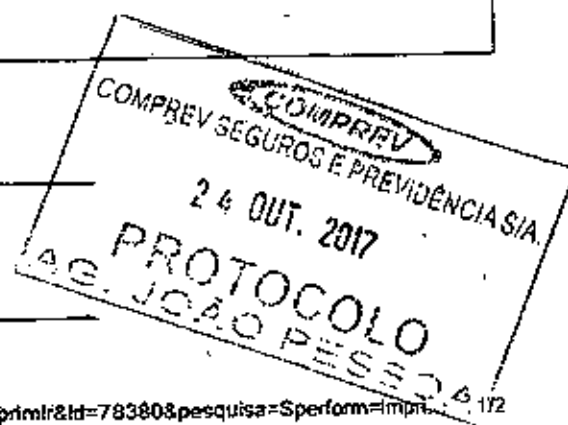
Conduta

Em observação

Innarttha Cely
Cirurgia Geral
CRM-PB 2011

INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER
(8074/)

JOSENILDO JORGE DA SILVA





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Date: 08/08/77

breve da pere da Silva

Clinical

RELATÓRIOS DO EXERCÍCIO DE 2010

- Paciente uterine colicada no tórax.
 - BCG, urina, Glasgow 15.
 - Diferença entre cultura em
meio sebo e bactericida (E)
 - D. amonagria.
 - PA = 80/50 (admissão)
 - FC = 86 bpm.
 - SpO2 = 98% (em ar ambiente)
 - HbF = 320
 - PA = 120 x 80 mmHg (após 500ml SF)
- HD = TCE
- Silêncio absoluto
na neurologia/
BNI F

HD-TC

~~Dr. José Bülido Araújo Jr.~~
~~CRM 7826-PA~~

~~88-A60-2017~~

44-38861-1034

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
24 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESS. 2.6

Entsprechendes parat.

M. E. E. S. M. W.

Service Societ

BRUA ORESTES I SROA S/N- PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA					Data Prescrição	
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº		
JOSENILDO JORGE DA SILVA	27/12/1972	44	MASCULINO	1018056		
Motivo da Atendimento	Setor		Posto de Trabalho		Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Leito		08/08/2017 11:08:39	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

MEDICAMENTOS PRESCRITOS									
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via do	Vetec. Inf.	Posologia	Orientação de uso	Apreçamento	
1 Solução Ringer Lactato 500ml	500.0	ML		E.V.		ACM			
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA			
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0								
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0								
5 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						Observação: face		

08 do Agosto de 2017

9400 83-6610
 Classified
 12/27/2000

ANNARTHA LISLEY MANIGOBAXAVIER

1993

COMPREV
24 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. 0040 PEEB

Assinatura e Carimbo do Profissional,



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOSENILDO JORGE DA SILVA		BAE 1019056	Data/Hora Entrada 08/08/2017 10:38:36	Data Saída
Data de nascimento 27/12/1972	Idade 44	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991810023
Mãe CELIA MARIA DA SILVA			Prontuário	
Endereço MATA DE VARA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES		Nº Cons. Regional 8346/PB
Data/Hora Classificação 08/08/2017 10:38:36			Data/Hora Prescrição 08/08/2017 15:33:42	

Anamnese

TCE LEVE SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS NO MOMENTO SEM CERVICALGIA SCOUT CERVICAL SEM FRATURA TCC SEM ANORMALIDADES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE CD: ALTA DA NCR.

Conduta

Em observação

George Mendes
Atendente de Emergência
CDM 10 EMLGEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
(8346/PB)

JOSENILDO JORGE DA SILVA



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

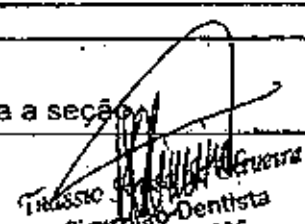
Paciente JOSENILDO JORGE DA SILVA	BAE 1019056	Data/Hora Entrada 08/08/2017 10:38:36	Data Saída
Data de nascimento 27/12/1972	Idade 44	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELIA MARIA DA SILVA	Telefone do Contato (83) 991810023		Prontuário
Endereço MATA DE VARA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THASSIO SOUSA DE OLIVEIRA	Nº Cons. Regional 5666/PB
Data/Hora Classificação 08/08/2017 10:38:36		Data/Hora Prescrição 08/08/2017 15:47:55	

Anamnese

PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXMOTO, HÁ APROXIMADAMENTE 8 HORAS, NEGA EPISÓDIO EMÉTICO E PERDA DE CONSCIÊNCIA. NO MOMENTO, EVOLUI EM LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE DIGITAL, DEAMBULANTE. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA FCC EM DORSO NASAL-SUPERCÍLIO (E), ACUIDADE E MOTRICIDADE VISUAL PRESERVADAS, SEM CREPITAÇÃO NASAL, MOVIMENTOS EXCURSIVOS MANDIBULARES SATISFATÓRIOS, OCLUSÃO MANTIDA. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA TRAÇOS SUGESTIVOS DE FRATURAS NOS O.P.N, CD: 1- SUTURA DO FCC 2- ORIENTAÇÕES 3- ALTA BMF COM RETORNO AGENDADO PARA AMBULATORIO EM HTOP DIA 11/08/2017

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


Thassio Sousa de Oliveira
Girorgiao Dentista
CRO-PB 5666
THASSIO SOUSA DE OLIVEIRA
(5666/PB)

JOSENILDO JORGE DA SILVA





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000696826

Idade: 44 anos

Paciente: JOSENILDO JORGE DA SILVA

Data: 08/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

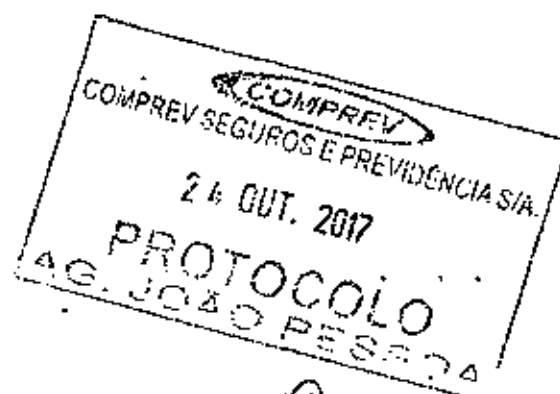
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura das paredes posteriores dos seios maxilares, das laminae pterigopalatinas e dos ossos próprios do nariz.

Material denso no interior dos seios maxilares, podendo corresponder a hemossinus.

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



Este laudo foi liberado em 11/08/2017 01:25.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

JOSEVILDO JORGE DA SILVA

DOCUMENTOS / OUTROS / OUTROS
1809927 EBP PB

CPF 980.226.794-53 DATA NASCIMENTO 27/12/1972

FRANCIA
JOSEVILDO JORGE DA SILVA
CELIA MARIA DA SILVA

PROFISSÃO ACC CAT/PA AC

Nº PROFISSÃO 026438/6080 RESPOSTA 25/02/2015 P. PROFISSÃO 09/12/2002

Observações

JOSEVILDO JORGE DA SILVA

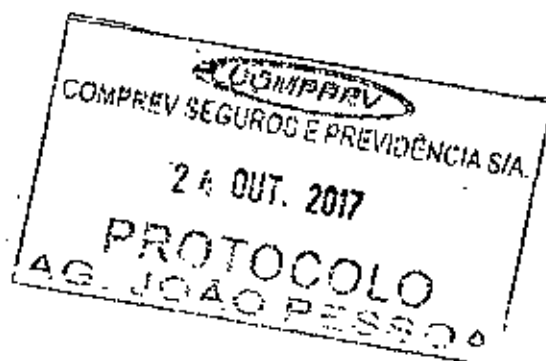
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 26/02/2014

Assinatura: *Rodolfo Cavalcante* 07155399648
PB028186842

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO

VALIDA EM TODAS AS TRANSIÇÕES NACIONAIS 894226420

PROFISSÃO PLASTIFICADA 894226420



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Amor Glorindo Brito Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 882.979 -2 VIA DATA 01/11/2011
 NOME ANA GLORIA DA SILVA CÂMARA

RESIDENCIA JOÃO SEBASTIÃO DE A SILVA
 DALILA FERREIRA DA SILVA

NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/05/1951

DOE DOUTOR
 CASAM N. 15104 FLS. 385 LIV. B29
 CARTORIO 1 JOAO PESSOA PB
 365.023.914-00

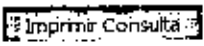
JOAO PESSOA PB

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

24 OUT. 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
DUT 		QFR7164	
JOSENILDO JORGE			
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
HONDA/XRE 190		2017 2017	
PARTICULAR		VERDE	
30/06/2017			
PEDRAS DE FOGO		19/10/2017	

Último Licenciamento: 2017
 Proprietário: JOSENILDO JORGE
 Placa: QFR7164
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/XRE 190
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2017
 Ano Modelo: 2017
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: VERDE
 Vencimento Licenciamento: 30/06/2017
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: PEDRAS DE FOGO
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 19/10/2017



13

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411324/17
Vítima: JOSENILDO JORGE DA SILVA
CPF: 980.226.794-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/08/2017
Titular do CPF: JOSENILDO JORGE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA : 365.023.914-00

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

JOSENILDO JORGE DA SILVA : 980.226.794-53

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2017
Nome: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
CPF/CNPJ: 365.023.914-00

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

164

Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josenildo Jorge da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro
 Est.Civil Profissão: _____
 Identidade: 1809927
 CPF: 980.226.794-53
 Endereço: Sítio mata de Vau, D/n, Pedras de Fogo, fone: 98890-5646

OUTORGADO:

Nome: Ana Glória da Silva Câmara
 Nacionalidade: Brasileira
 Est.Civil: viúva
 Profissão: de cor
 Identidade: 882.979
 CPF: 365.023.914-00
 Endereço: R. da República, 390, Centro, João Pessoa

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Josenildo Jorge da Silva

João Pessoa, 15/08/2017
 Local e data

Josenildo Jorge da Silva
 Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

501670
 SERVIDOR NOTARIAL E REGISTRAR
 Belo: Vitor Augusto Souto Campos
 Tabelão

RECONHEÇO, como autêntica e verdadeira, a assinatura de
JOSENILDO JORGE DA SILVA
 Em test. da verdade. João Pessoa-PB: 15/08/2017 16:24:02
 Charles Bernardo Torres Ferreira - Escrevente
 [2017-023824] TEMA: RS 19-23 FASE: EN: RS 0/27 FUP: DS 1 055 ASS: 0 146
 SELO DIGITAL: 4f465555-10x2
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpf.us.br>



COMPREI SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL
 24 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Charles B. T. Ferreira
 Escrevente
 501670