

PROCURAÇÃO

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, podendo ser intimado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, denominado neste ato de OUTORGANTE, pelo presente instrumento de Procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastantes Procuradores e advogados, a Sra. MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.534, OAB/PE sob o nº 1014-A, OAB/RN sob o nº 689-A, o Sr. TIAGO JONATHAN DE LIMA FILGUEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 19.675, ambos com escritório profissional situado na Rua Rodrigues de Aquino, nº. 718, Jaguaribe, João Pessoa/PB, CEP 58.015-040, Fone: (83) 3222-5818, denominadas neste ato de OUTORGADOS, onde recebem as intimações judiciais e notificações extrajudiciais de estilo, a quem confere poderes para o foro em geral, com a cláusula “AD – JUDICIA”, bem como para pleitos “EXTRAJUDICIAIS”, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos e quaisquer atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, propor quaisquer ações, promover quaisquer medidas cautelares, defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente, em que a outorgante seja autora ou reclamante, e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, impugnar, peticionar, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar, recusar, prescindir e substituir testemunhas, produzir provas, participar de audiências, arrazoarem processos, requerer vistas dos mesmos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renunciar, firmar compromissos, prestar declarações, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, inclusive podendo receber citação, intimações ou notificações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, renunciar ao direito sobre no qual se funde a ação, receber e dar quitação, podendo inclusive a outorgada endossar cheque, receber Alvará nominal a (o) outorgante, e para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa-PB, 11 de fevereiro de 2016.


JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, podendo ser intimado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, desejando obter os benefícios da “*Justiça Gratuita*”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 11 de fevereiro de 2016.

Jose Antonio Aleixo da Costa

DECLARANTE



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

NOME: JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / OUTROS IDENTIFICADORES: 1979338 SSDB PB

CPF: 726.804.404-63 DATA NASCIMENTO: 26/04/1966

FILIAÇÃO: MANOEL ALEIXO DA COSTA
 BENEDITA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: ☐ ACB ☐ CAC/AB

Nº REGISTRO: 05505746642 VALIDEZ: 13/07/2016 1ª HABILITAÇÃO: 01/06/2012

OBSERVAÇÃO: X 7

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 05/06/2013

ASSINATURA DO EMISSOR: *Rodrigo Carneiro* 02880515588
 PB026514273

PROTEÇÃO PLÁSTICA: 750636893



SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda - MBM SEGURADORA

BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 17-11-2016 10:12:42

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Pendente	
Outros	Vitima	Pendente	



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Início do conteúdo

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA Invalidez



SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda

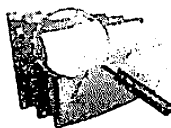
BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 26-08-2016 10:20:13

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vítima	Pendente	
 Outros	Vítima	Pendente	



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160173831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

CPF/CNPJ: 72680440463

Posição em 23-05-2016 09:43:52

Em análise. Aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

23/05/2016 09:44





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ ANTONIO ALEIXO DA COSTA
DATA DE NASCIMENTO 26/04/66
NOME DA MÃE BENEDITA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 887.898
Nº PRONTUARIO 92.324
DATA DO ATENDIMENTO 19/12/2015
HORA DO ATENDIMENTO 08:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR E
CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no ombro E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.


EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e P
RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Luxação acrómio-clavicular E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Nilvan Linhares e Dr. Douglas Teixeira.

ALTA HOSPITALAR: 30/12/15
DATA DA EMISSÃO: 23/02/15


Dr. Ewerton Nóbrega Teixeira
CRM/2516/PB

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 601/017, **DECLARA**, para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1086214, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 19/12/2015, Rua Adelaide Novais, Bairro: Cristo Redentor - João Pessoa - aproximadamente às 07:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2015.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREM Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 João Pessoa - PB





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>José Antônio Aleixo da Costa</u>		Registro: <u>887898</u>			
Idade: <u>49</u>	*Sexo: <u>male.</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>ortop.</u>	Enf: <u>15</u>	Leito: <u>02</u>
Data de admissão: <u>19/12/15</u>		Data da alta: <u>30/12/15</u>			
Diagnóstico inicial: <u>LAC - Esq.</u>					
Diagnóstico final: <u>Luxação acrómio-clavicular esq.</u>					
Outros diagnósticos: <u></u>					
Principais exames: <u>Radiografia.</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Tratamento cirúrgico LAC E, Dr. Wilson Linhares.</u>					
<u>Dr. Douglas 29/12/15</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>cefalexina.</u>					
Anatomia patológica: <u></u>					
Infecção: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>)					
Resultado bacteriologia: <u></u>					
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Vitima de trauma, evoluindo com LAC esq, feito tratamento cirúrgico sem intercorrências.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u></u>					
Repouso: relativo em casa por, <u></u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.					
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>cefalexina</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>30</u> de <u>12</u> de <u>15</u>					
Ass. Médico CRM <u></u>					





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Antonio Aleixo da Costa
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.979.338 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 09/06/13
CPF 72620440463 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO pedreiro
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2010 N° da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jose Antonio Aleixo da Costa 02 de setembro de 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João Antonio Aleixo da Costa
DATA DO ACIDENTE 19/12/15 CPF DA VITIMA 726.804.404-63
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 0 meow o
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É João Antonio Aleixo da Costa
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Osório
Nº 212 COMPLEMENTO esq BAIRRO Grande Redenção
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58.070-818
E-MAIL _____ TELEFONE 0319 3824-0009

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:
☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 5555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/02/16
CPF 726.804.404-63

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Antonio Aleixo da Costa
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.979.338 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 05/06/13 E
CPF 726804404-63 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28936-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Penha 22 de Fevereiro de 2016 Jose Antonio Aleixo da Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Antonio Aleixo da Costa,
portador da carteira de identidade nº 1.979.338 e inscrito no
CPF nº 726.804.404-63, residente e domiciliado na
Rua Ode, 51N - Bristo Redentor,
Cidade João Pessoa,
Estado _____, 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
- ☐ () 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 futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Antonio Aleixo da Costa

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa - PB 22/10/2016

Local e data



JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
RUA CHILE, S/N - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58070-812 (AG: 1)

energisa

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18-2-583-6580
Nº medidor: 00008013887

Referência: Jan/2016
Emissão: 26/01/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ 08.096.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 01.163.144
Código para Débito Automático: 00008480071

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

#24 c5da a5ec fd81 e3aa c5f4 9770 18ec

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/848007-1

Jan / 2016

Canal de contato

Apresentação

Não deixe água parada. Todos contra a dengue, zika e chikungunya

26/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

25/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Cálculo de consumo

Insc. Est. 000000000000

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Faturas em atraso

Data	Leitura	Data	Leitura
26/12/15	4849	26/01/16	4890

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 21/01/2016 PAGAS.
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	41	0,41817	17,14
Adic. B. Vermelha			1,84
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,28
COFINS			1,33
JUROS DE MORA 12/2015			0,08
MULTA 12/2015			0,40

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/15	40
Nov/15	39
Out/15	40
Set/15	40
Ago/15	38
Jul/15	35
Jun/15	38
Mai/15	32
Abr/15	41
Mar/15	31
Fev/15	51
Jan/15	58

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

02/02/2016

R\$ 21,06

Média dos últimos meses
40 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - Cristo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,70	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 11,34	0,00	CONTRATADA 202
DIC ANUAL 22,68	0,00	LIMITE INFERIOR 231
FIC MENSAL 3,80		
FIC TRIMESTRAL 7,10		
FIC ANUAL 14,20		
DMIC 3,29		
DICRI 12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	8,33	39,08
Compra de Energia	10,14	48,15
Serviço de Transmissão	0,50	2,37
Encargos Setoriais	2,01	9,54
Impostos Diretos e Encargos	2,08	9,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,06	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 11/2015) R\$ 8,66

ATENÇÃO

Meu nome é **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG nº. 1.979.338 - SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº. 726.804.404-63, residente e domiciliado na Rua Chile s/nº – Cristo Redentor – João Pessoa /PB, CEP: 58070.812, fui vítima de acidente de moto no dia 19 de dezembro de 2015 um sábado aproximadamente umas 07:00, quando eu me encontrava na parada de ônibus para ir ao destino do cabo branco, pois ia fazer um “bico” de pedreiro quando passou um ex-companheiro meu de trabalho conhecido como “BINHO” e me ofereceu uma carona até o meu destino. Quando aproximadamente 1000 metros de onde eu peguei a carona ainda no mesmo bairro da minha residência o condutor da moto foi trancado e atingido por um veículo não identificado. Quando me deparei já estava no solo, o condutor da moto nada teve, mas eu tive que ser socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde fui submetido a tratamento cirúrgico e só tive alta em 30/12/2015, nunca mais eu vi a pessoa que me conduzia na moto. E hoje não sei onde encontrar os dados, bem como, o dono da referida moto, nem mesmo sei onde ele mora. Venho escrever esta carta a Líder seguradora informar que não tenho como pegar a declaração do proprietário da moto nem os dados da mesma, porque nem o SAMU anotou tais dados.

Assino a presente carta firmando ser a mais pura verdade.

Jose Antonio Aleixo da Costa
JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA

RG nº. 1.979.338 - SSP/PB

CPF sob o nº. 726.804.404-63



João Pessoa-PB, 14 de abril de 2016



58070
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
Bela Maria Angélica Souza Cordeiro
Tabelião

1º OFÍCIO DE NOTARIAS
PRAÇA 1911 Nº 40 - CENTRO
CEP 58070-812 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: (31) 3241-3042 - FAX: (31) 3241-3043

Charles B. T. Ferreira
Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: **JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA**
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 14/04/2016 às 18:16
Charles Bernardo Torres Ferreira - Escrevente
(2016-012880) EMDL: R\$ 88,49 FAREM: R\$ 0,25 FEVJ: R\$ 1,70 ISS: R\$ 0,4
SELO DIGITAL: ADC74423-6600
Confira a autenticidade em <https://selodigital.abr.org.br>



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00280.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00280.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 11:38 horas, compareceu **JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 26 de Abril de 1966, idade 49, filiação Benedita Maria da Silva e Manoel Aleixo da Costa, Documento - CPF: 726.804.404-63, residente Rua Chile, SN, Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98820-6184

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/12/15, por volta das 07:00h, quando se encontrava como carona numa motocicleta de placa não sabida, conduzida por um conhecido identificado apenas por BINHO, na ocasião que este trafegava pela Rua Adelaide Novais, no Bairro do Cristo Redentor, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer luxação acrômio clavicular esquerda, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016



JOSÉ ANTÔNIO ALEIXO DA COSTA

Noticiante

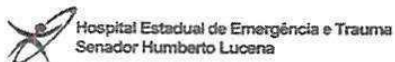
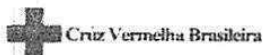
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

ESCRIVÃO DE POLÍCIA


Escrivão de Polícia Civil
Mat. 136.632-J

Procedimento: 00280.01.2016.1.02.202





ACOLHIMENTO, em - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 887898



Identificação do paciente				
ID 979447	Nome JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/04/1966	Idade 49 anos 7 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe BENEDITA MARIA DA SILVA	Pai MANOEL ALEIXO DA COSTA			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988206184	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1979338	Nº Cns 706804245129421		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SERRINHA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58070612	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CHILE	
Número 43	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR		
Admissão				
Data e Hora Prevista 19/12/2015 08:45:17	Número da pulseira 1000004002412	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR JEAN			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				Tempo 05min 25seg

Imprimir



1000004002412 BE.: 887898
JOSE ANTONIO ALEIXO DA COSTA
DT. NASC.: 26/04/1966
MAE: BENEDITA MARIA DA SILVA

Primeiro Atendimento Médico

END.: CHILE
N. 43 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988206184
IDADE: 49
DT. ENTRADA: 19/12/2015 08:45:17

VERMELHA
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE: DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente
Carro moto.

EXAME PRIMARIO

VIAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS
☐ sim
☒ Não
HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
FR: 18 imp SaO₂ 98 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☒ Ausente
☐ Presente ☒ Ausente
SOPRO ☐ Sim ☒ Não
BE OU B4
FC: 75 bpm PA: 12 x 8 mmHg T: °C
ECG:

ABDOMEN:

Sem angustia
Mo Mo

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

*AL:

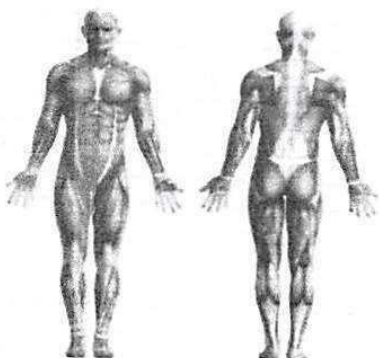
F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| () Radiografias | () Lavado peritonal |
| () Ultrassonografia (FAST) | () Gasometria arterial |
| () Tomografia computadorizada | () Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	12		 Lenísio Bragante de Araújo CRM 3131
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____

DESTINO DO PACIENTE


- DATA: ____ / ____ / ____
 SAÍDA: ____
 HORAS: ____
- () Centro cirurgico
 () Transferencia (unidade de saúde)
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



	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			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO	
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			27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
01 Agulha de Pexco A - 50 + Fio de Kirschner n° 2,01 + Box 3,5 - Apenas p/ tirar a broca que me tinha enculsa!!				
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha
2/2**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTDE
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTDE
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTDE
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTDE
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTDE
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTDE
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTDE
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTDE
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTDE
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTDE
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTDE
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTDE
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTDE
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTDE
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTDE
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTDE

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

PACIENTE: José Antonio Aleixo da Costa.

PRONTUÁRIO: 887898

DATA 29/02/25

PROCEDIMENTO: *buyback*

DATA: ____/____/____

ψ SUS () SUS ()

REPOSIÇÃO:_____

CAIXA PRONTA: _____

MEDICO: William Hernandez + Douglas + Brício + Ricardo (122)

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Dr. Tiberio Cabral de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM/PB 7611

Vanessa Gomes de Almeida Santos

ASSINATURA EMERNAKEM - COREN

[Signature] Hernon D.R. Silva
Mestre em Ciências Sociais
UFPA - CEP: 660-975





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

8

Nome: João Antonio Marco da Costa BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 29/12/15
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Wilson 1º Assistente: Dr. Douglas
2º Assistente: Dr. Bruno M.R. 3º Assistente: Dr. Ricardo M.R.
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Ribeiro
Tipo de Anestesia: Bloquio/Conv. Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>luxação acromioclavicular (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de luxação Acromioclavicular (E)</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

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves

Médico
CRM-RS 7654

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 29/12/15

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDH sob flange anestésico e cirúrgico
(2) Anestesia + oxigenação + aspiração de sangue
epidural

Incisão:

- (3) Incisão em "Semi" por plano cutâneo, com
exposição de articulação acromioclavicular

Achados:

- (4) Achado de lesão acromioclavicular

Conduta:

- (5) Redução de LAC, com humerectomia e
amarrilho subacromial e fixação com fio KCS

Fechamento:

- (6) Fechamento por planos
(7) Curativos assépticos
(8) Imobilização com tala de J.

Observação:

Dr. Brício K. B. Gonçalves

João Pessoa, 25/12/15

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





A handwritten signature in black ink, appearing to be "S.S." or similar, located at the bottom left of the page.

Tec. em Climatiz. e Refrig.
COREN-PE 600.074 CIR 021-2





DATA: 29/12/2015

PRONTUÁRIO: 887898

Dr. Tiberio Cabral G. de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM/PB 7511

Dr. Tiberio Cesar G. de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM 1957611
CFR 026-1





Poder Judiciário da Paraíba
13ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0858160-46.2016.8.15.2001

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

JOÃO PESSOA, 01 de setembro de 2017.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
13ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0858160-46.2016.8.15.2001

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

JOÃO PESSOA, 01 de setembro de 2017.

Juiz(a) de Direito

