
Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230499

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190230499

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230499

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230499

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 000010025078-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 07151852410	Nome completo da vítima Joelson Jonacio da Silva Feitosa
---------------------------	-------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Joelson Jonacio da Silva Feitosa		CPF titular da conta 07151852410	Profissão
Endereço Rua Profitada		Número SIN	Complemento cora
Bairro Centros	Cidade Serra Branca	Estado PB	CCP 5858
Email joelsonjonacio@outlook.com			Telefone (DDD) (83) 99805-5108
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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 001	
AGÊNCIA NRO 7144 D/V 4 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 75.426 D/V 1 (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.

Serra Branca 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Joelson Jonacio da Silva Feitosa
Campo 1 - Assinatura do beneficiário

[Assinatura]
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: **07151852410** Nome completo da vítima: **Joelson Imacio da Silva Feitosa**

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

Nome completo: **Joelson Imacio da Silva Feitosa** CPE: **07151852410**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Tome de Souza** Número: **41** Complemento: **Case**

Bairro: **Alto da Condição** Cidade: **Serra Branca** Estado: **PA** CEP: **58580-000**

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2739** **1** CONTA: **25.078** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta ação não possui nenhuma 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: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: **Campina Grande 05/04/19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado)

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
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



Ocorrência Nº 000333/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000333/18 registrada em 11/01/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:54 horas, compareceu o Sr. JOELSON INÁCIO DA SILVA FEITOSA, com 30 anos de idade, filho de JOSELITO INÁCIO FEITOSA e DAMIANA DA SILVA FEITOSA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SERRA TALHADA - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão COMERCIANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3010010, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07151852410, residindo à rua PROJETADA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de SERRA BRANCA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 18h00min do dia 25.09.2016, estava retornando de um comício que realizou-se no Sítio Cafundó, área rural de Gurjão/PB, sentado na parte da caçamba de um veículo tipo camionete FORD/F520 XLT L, ano/modelo 2003/2003, cor prata, chassi nº 9BFFF25L13B089440, de placas MWL-3030/PB, licenciada em nome de JOSELITO INÁCIO FEITOSA, cujo condutor não sabe declinar o nome, quando em um determinado momento o veículo tombou em um buraco existente na estrada e o declarante foi jogado para fora do veículo, sofrendo fratura no pé direito + trauma no ombro E e joelho esquerdo, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPtran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 11 de Janeiro de 2018


JOELSON INÁCIO DA SILVA FEITOSA

Declarante


Secretário de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

Joelson Mácio da Silva Feteira

CPF da Vítima

07151852410

Data do Acidente

25/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Romão de Araújo

E-mail

joseraujo16@outlook.com

CPF do Representante legal

40828964491

Telefone (DDD)

(63) 98085108

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de 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 não submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, por força do art. 51º 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serra Branca, 05 de Janeiro de 2016

Local e Data

Joelson Mácio da Silva Feteira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

José Romão de Araújo

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000010025078-5

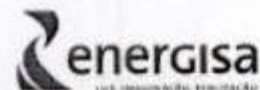
Nr. da Autenticação 64E1FFC2DE30B52D

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 002.284.322



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DAMIANA DA SILVA FEITOSA
RUA ONILDO RIBEIRO DE ASSIS S/N
SERRA BRANCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/760190-9

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

22/03/2019

CONSUMO

346

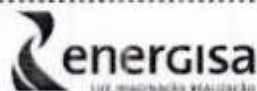
VENCIMENTO

29/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 271,37

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DAMIANA DA SILVA FEITOSA

Roteiro: 14-100-135-0680

83690000002-4 71370064000-6 07601902019-7 03100100019-4

VENCIMENTO

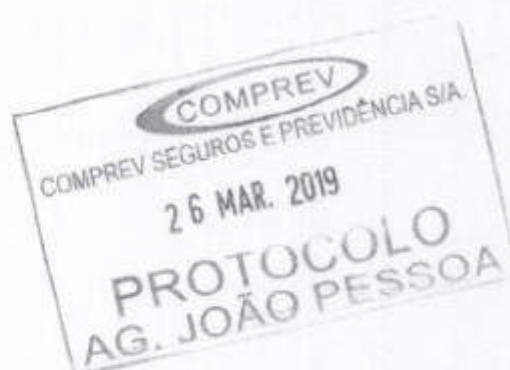
29/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 271,37

MATRÍCULA

700190-2019- 03-1



DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA, 53 / 1º ANDAR - CENTRO
QUEIMADAS / PB CEP: 58475000 (AG-401)

Emissão: 19/12/2017 Referência: Dez / 2017 BR220-KM156- Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO MONOFÁSICO CNPJ: 08.926.566/0001-95 Insc. Est. 16.002.829-1
Roberto 11 - 403 - 351 - 3740 Nº medidor: 0008910835

Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) Nº 000 126.226
Cód. para Deb. Automático: 00002013167

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2017 19/12/2017 18/01/2018 7948167474
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/201316-7

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. É nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
21/11/17	6741	19/12/17	6873	1		132		28	
Demonstrativo									
CCI - Descrição		Quantidade		Valor Base Calc. - Aliq.		Icms (R\$) Base Calc. - Aliq.		Cofins (R\$) Base Calc. - Aliq.	
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)		PIS (R\$) Base Calc. - Aliq.		Cofins (R\$) Base Calc. - Aliq.	
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,204480	6,13	8,13	27	1,85	6,13	0,02
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,350560	24,53	24,53	27	8,82	24,53	0,11
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	32,000	0,525810	18,82	18,82	27	4,84	18,82	0,08
0801	Adc. B. Vermelha			4,17	4,17	27	1,12	4,17	0,02
0810	Subsídio			38,18	38,18	27	9,51	38,18	0,16
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILM PÚBLICA			8,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2017			0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 10/2017			1,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 11/2017			1,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-24,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CCI Código de Classificação do Item		TOTAL		73,18	88,83		23,44	88,83	0,39

Média últimos meses (kWh)
114

VENCIMENTO
27/12/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 73,19

Histórico de Consumo (kWh)

122 | 113 | 103 | 121 | 83 | 127 | 130 | 111 | 127 | 85 | 27 | 0
Nov17 | Out17 | Sep17 | Ago17 | Jul17 | Jun17 | Mai17 | Abr17 | Mar17 | Fev17 | Jan17 | Dez16

e73f.9953.59ed.b4d6.5423.e8a6.2007.0f36

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	11,58	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	23,16		CONTRATADA	202
DIC ANUAL	34,74		LIMITE INFERIOR	221
FIC MENSAL	6,85		LIMITE SUPERIOR	
FIC TRIMESTRAL	13,70			
FIC ANUAL	20,55			
OMC	3,37			
DICR	12,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	12,12	16,58
Carga de energia	16,72	22,98
Serviço de Transmissão	0,97	1,33
Encargos Sociais	4,97	6,79
Imposto de Renda e Encargos	38,50	52,68
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	73,18	100,00

Valor do EUSD (Ref. 10/2017) R\$ 12,89

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Unidade Residencial, tendo um desconto de R\$24,78.

Faturas em atraso

BORBOREMA
RUA VITAL FRANCISCO SILVA, 53 / 1º ANDAR - CENTRO
Município: 201316-2017-12-4

VENCIMENTO
27/12/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 73,19

83620000000-5 78190007000-4 02013162017-9 12400403019-1



PROTOCOLADO
21 MAR 2018
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 230 - Joazeiro João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.121.854/0001-67

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSEILTO FREITOSA
RUA TOME DE SOUZA, 41 - ALTO DA CONCEIÇÃO SERRA
BRANCA PB 58500-000

INSCRIÇÃO: 125.0070.000-000
SME: 000
Quantidade de Economias: 1 0 0 0
Responsável: 18421945
REFERÊNCIA: 03/04/2019

Inscrição	SME	Quantidade de Economias	Responsável
Subscrição	Consumo	ESGOTO	ESGOTO
125.0070.000-000	000	1	0

Hidrometro: 125.0070.000-000
Data de Instalação: 25/04/2007
Localização: RUA TOME DE SOUZA, 41
Situação Água: 0000000000
Situação Esgoto: 0000000000

ANTERIOR | ATUAL | CORREÇÃO (C%) | Nº DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
3244 | 3297 | 13 | 32 | 22/04/2019

UNID. CONSUMO: LIT. | QUALID. ÁGUA: ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

PERÍODO	VALOR	PARÂMETROS	VALOR	ANEXO 15	CONFORMES
FEV/2019	7	TURBIDEZ	0	0	0
JAN/2019	11	CLORO	0	0	0
DEZ/2018	14	COL. TERMOT	0	0	0
NOV/2018	17	COR	0	0	0
OUT/2018	8	COL. TOTALS	0	0	0
SET/2018	9	DADOS REFERENTES A: JAN/2019			
MÉDIA (C%)	11				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/03/2019
HORA DA IMPRESSÃO: 11:06:00

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	30 M3	37,91
ATE 30 M3 - R\$ 12,63 POR UNIDADE	3 M3	34,07
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS DE 4.86 R\$ E CONSUMO DE 32 M3

VENCIMENTO: 02/04/2019
Total a Pagar: R\$ 52,58

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
QUINA: SORTEIOS DE SEGUNDA-FEIRA E SEXTA-FEIRA
003-762836199-0
03/abr/2019
HORA DE 09:49:42
LDT. 13,818763-B
LOCALIDADE: SERRA BRANCA
AG. VINCULADA: 3315
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG ESG PARAIBA
VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 52,58
6266000000002 526600100337
018424345014 0320115200032
003-762836199-0
14 VLS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Ramos de Araújo inscrito (a) no CPF 408.289.644, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelson Júnior da Silva Feitosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 071518524 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Joelson Júnior da Silva Feitosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071518524 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Téc em Radiologia Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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>R: Vital Francisco da Silva</u>		Número <u>63</u>	Complemento <u>1ª Andar</u>
Bairro <u>Antas</u>	Cidade <u>Queimados</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>58475000</u>
Email <u>brearaujpb@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99805-5108</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98822-4322</u>

Sua Banca 05 de Januário de 2018
Local e Data

José Ramos de Araújo
Assinatura do Declarante

José Ramos de Araújo
CRTR nº 021517
COREN 127676

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josefildo Smaico Feitosa, RG de nº 14117302, data de expedição 20/03/02, Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 06312921908170, com domicílio na cidade de Sua Branca, no Estado de Pernambuco, onde reside na Rua Osvaldo Ribeiro de Assis, nº 514, Bairro Alt. da Graça, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Joelson Smaico da Silva Feitosa cujo o condutor era Josefildo Smaico Feitosa.

Veículo CAR/CAMINHONETE/CARR. ABERTO DIESEL

Modelo FORD / E 250 XLT L

Ano 2003/2003

Placa MWL 3030/PB

Chassi 9BFFF25L13B089440

Data do Acidente 25/09/2016

Local e Data Serra Branca, 05/01/20

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Joseito Lucas Fátima
Assinatura do Conductor(caso seja um terceiro que não a vítima reclam

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



CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (81) 3354-2247 - cartubp@net.com
TABELA: BELA MÔNICA CRISTINA ANTONINO DE MELO

RECONHECIMENTO por () SEMELHANÇA (X) AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de:

Leôncio Inácio Feitosa

85, 10, 50

TABELA PÚBLICA

Selo Digital **AC487925-J6PX**
 Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



JEFF

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA

26 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA
Idade: 31 anos

Data do exame: 22/03/2019 09h44
Data de nascimento: 07/07/1987

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

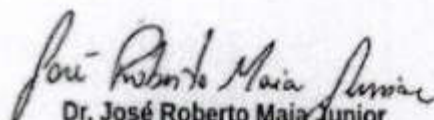
Exame realizado em AP e perfil

Fratura prévia consolidada do tálus reduzida com dois parafusos metálicos.

Ossos de morfologia e textura normais.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista
CRM 6101 PB



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jaelson Inácio Feitor		
End:	R Dep. Alvaro Galdemiro		
Data de Nascimento:	07-07-87	Documento de Identificação:	Bruuna
Queixa:	Acidente de Carro		
Data do Atendimento:	25-09-16	Hora:	20:40
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(X) Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	(X) Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente	
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:							
Pressão arterial:	Temperatura axilar:							
Dosagem de HGT:	Mucosas:							
Deambulação:	() Livre	(X) Cadeira de rodas	() Maca	(X) Normocorada				() Pálida

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Bruuna Moura da Silva

ENFERMEIRA

COREN-PB: 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joelson Inacio da Silva Feitosa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

253 333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70 24024585626528

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/07/1937

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Damiana da Silva Feitosa

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Deputado Alvaro Gaudencio

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Helena

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE 58580000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e edema em calcâneo @
Exame neurovascular normal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trt cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R de calcâneo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx de Talus @

21 - CID 10 PRINCIPAL

S828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico de Fratura da tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050504

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0277840424

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Valter Menezes Guimarães

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Tratamento Cirúrgico de Fratura da tibia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BIC

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nome do Paciente <i>Joelson Imazio</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>26/09/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Fodolco</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Wagner</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx de Tálus (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Joelson</i>			
Laboratório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			




DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

(1) Paciente em DD 4 sob anestesia
(2) Anestesia + Antalgia + Aplicação de campos elétricos
(3) Incisões Antero-medial e Antero-lateral em PI (D)
(4) Dissecção por planos
(5) Redução cirúrgica de fratura
(6) Posicionamento de 02 (dois) parafusos espaciais com 2 das
trocas para posicionamento com talos e distal do
escápula
(7) Lavagem de F.O.
(8) Sutura por planos
(9) Curativo

Dr. Wagner Falcão
 ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 6913

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Sulvan Inacio Feitosa</i> <i>DU/07-07-87</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 04</i>	<i>SUS</i>	<i>29</i>	<i>1335632</i>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<i>Tratamento cirúrgico de fístula</i>		<i>Dr. Rodolfo + Dr. Wagner</i>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<i>Raquer</i>		<i>Dr. Alfredo</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<i>26-09-16</i>	<i>16:30</i>	<i>18:15</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp. <i>Pimoril</i>	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
02	Diazepam amp. <i>Lifogel</i> <i>Q.5</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
02	Dolantina amp. <i>Temaxican</i>	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp. <i>Ondantrolam</i>	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Inova ml <i>Niacina</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fip de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo <i>Barco cor</i>		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml <i>Q.5</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapien amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml <i>Q.5</i>	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix <i>02</i>	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Sertix <i>0</i>	
	Garamicina amp.	02	Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.	Q.5	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ríng fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral n°		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	<i>Elétricas</i>		
	Agulha p/ raque n° <i>2.5</i>	Q.5	<i>fil condutor</i>		
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícaplógrafo
(X) Foco Frontal Fixo	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(Priscila Luvêto)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>JOELSON FERNANDES DA SILVA</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA <u>26/02/16</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESQUISA	AP. URRINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>frat do talus</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	Q ^o				INDUÇÃO		
LÍQUIDOS	S6				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
	S7				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
CÓDIGOS	VF. ART. AL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO				Outros: _____		
VF. ART.	260				MANUTENÇÃO		
	240				① cafeína		
AL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO	220				② Temoxin		
	200				③ Efedr		
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	180				④ NAUSEAS		
	160				⑤ tetanometria		
VF. ART.	140				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
	120				Não, por quê? _____		
AL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO	100				DESPERTAR		
	80				Reflexos na SO: _____		
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	60				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____		
	40				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
VF. ART.	20				Outros: _____		
	0 - X				Com cânula: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	0 - X				Paro o Leito Sim _____ Não _____		
	0 - X				CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO	Tendência M.						
AGENTES	NEOCLIVAT Dinam						
TÉCNICA	Razionalista						
OPERAÇÃO	Red. Fimbr. F. F. F.						
CIRURGIÕES	Dr. Rodolfo						
ANESTESISTAS	A. F. F. F.						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

TM Cirúrgica

Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2470

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

HOSPITAL DE JESUS

TEL / FAX / E-MAIL

P. GRANDE

JOELSON INACIO FEITOSA

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1335630

PROC. DE FIBULA DE TARS

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PARAFUSOS 45x40

RC

01

TARF II 45x36

RC

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

26/19/2016

Dr. Joelson

Dr. Joelson

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura

PROTÓCOLO
21 MAR 2016
JAG. JOÃO

Diagnóstico

Fratura de talus ①

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Carlos Fátima	Alojamento	Leito	Convênio
----------	--------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/09	1. Dieta Livre 2. SF 0,9% EV 24 hrs 3. Dipiridona 1 amp EV 06 hrs 4. Tilatil 20mg EV 12/12 hrs 5. Tala Bated 6. SSVV + CCGG 7. CHXANE 40mg SC, 1x/di-	10h 12h 14h 16h 18h 20h	Paciente vituper de trauma em pé/espinheço com dor e edema no local. Exame neurológico sem alterações. Paciente internado e feita a devida imobilização a pedido.
26/09		10h 12h 14h 16h 18h 20h	péte fuligina.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: João da Silva Feitosa

Leito: 3

Convênio: U

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/09	<p>1) Dor + hem. por VEP</p> <p>2) 500mg 1000mg (20) 17h</p> <p>3) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>4) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>5) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>6) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>7) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>8) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>9) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>10) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>11) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>12) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>13) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>14) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>15) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>16) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>17) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>18) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>19) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>20) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>21) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>22) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>23) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>24) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>25) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>26) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>27) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>28) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>29) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>30) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>31) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>32) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>33) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>34) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>35) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>36) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>37) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>38) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>39) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>40) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>41) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>42) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>43) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>44) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>45) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>46) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>47) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>48) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>49) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>50) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>51) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>52) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>53) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>54) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>55) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>56) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>57) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>58) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>59) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>60) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>61) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>62) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>63) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>64) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>65) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>66) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>67) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>68) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>69) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>70) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>71) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>72) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>73) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>74) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>75) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>76) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>77) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>78) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>79) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>80) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>81) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>82) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>83) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>84) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>85) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>86) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>87) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>88) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>89) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>90) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>91) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>92) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>93) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>94) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>95) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>96) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>97) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>98) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>99) 1000mg 1000mg (20) 17h</p> <p>100) 1000mg 1000mg (20) 17h</p>	<p>18h 24h</p> <p>18h 24h</p>	

Dr. Wagner Pálcio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 9443

PROFESSOR
21 MAR 2016
COPIA DE...

[illegible]

27/10
Folha de Tratamen

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

to be

Paciente)	Joelma Inês	Alojamento)	3	leito)	4	Convênio)
-----------	-------------	-------------	---	--------	---	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
	DIETA GERAL	et				EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	12	18	24	06	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	12	18	24		PELE SEM LESOES
	S F 0.9 %1000 ML EV 12/12H	12	18	24		IMOBILIZACAO CESSADA
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV 8/8H <u>S/N</u>					
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	12				EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H <u>S/N</u>					CD AGUARDA CIRURGIA
	CCGG SSVV					VPM
	ACESSO VENOSO					

Dr. Anastáseas Ouedrao Neto
 ORTOPIEDIA TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
 CRM 6817
 Tel 3341 2560 3341 2566

Dr. Anastáseas Ouedrao Neto
 ORTOPIEDIA TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
 CRM 6817
 Tel 3341 2560 3341 2566

$\frac{27}{09}$
16
27 10:13 T36e D74 R20 PA16x80 Paciente italiano segue
curativo realizado
curativo sob prescrição
médica das unidades
da 8ª brigada

$\frac{27}{09}$
16
20:13 T36e D74 R20 PA16x80 Paciente italiano em
atrasos segue ~~curativo~~
curativo das unidades da
equipe

COMANDO EM CHEFE
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Sr(a): JOELSON INACIO FEITOSA Protocolo: 0000301037 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 26-09-2016 07:27 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 29 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/09/2016 07:43]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA


Eritrócitos	5.0 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina	15,2 g/dL	13,5 a 16,2 g/dL
Hematócrito	45 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	91 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	30 pg	27,0 a 31,0 pg
H.C.M.	33 g/dL	32,9 a 34,3 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	11.300 /mm ³	5.390 a 10.036 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	5,0	565
Segmentados	85,0	9.605
Eosinófilos	1,0	113
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	7,0	791
Atípicos	0	0
Monócitos	2,0	226
CONTAGEM DE PLAQUETAS	234.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	<i>Melissa Lima</i>	Registro:	Leito:	-4	Setor Atual:
-------	---------------------	-----------	--------	----	--------------

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:	°C; P:	bpm; FR:	irpm; PA:	mmHg; FC:	bpm; SPO2:	%
---------------------	--------	----------	-----------	-----------	------------	---

HGT:	mg/dl:	Peso:	Kg:	Altura:	cm	Dor: ()	Local:	Obs.:
------	--------	-------	-----	---------	----	------------	--------	-------

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) Midriáticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n°	Comissura labial n°	FiO2	% PEEP	cmH20
-------------------------	---------------------	------	--------	-------

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventicios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:	Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:
----------------------------------	--

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: 10 / 11 / 2020 Hora: 14:00

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo (☐) Agitado (☐) Agressivo. (☐) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Protocolo 218

[illegible]

④ 4. Tolur

Julian

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
27	3	7	
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3010010-27 ABR2002

NOME JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

FILIAÇÃO Lamiana da Silva Feitosa

Serra Talhada-Pe- 07.07.1987 DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. n.º 6.558, fls. 289v, liv. A-18 Cart. Santa Cruz da Baixa Verde-Pe-

CPF 071.518.524-10

ASSINATURA DO TITULAR *Joelson Inacio da Silva Feitosa*

MARIA DO SOCORRO DE MENDONÇA DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F. 920

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR *Joelson Inacio da Silva Feitosa*

Foto do titular

Impressão digital

EUROCARD International

4001 6391 3590 1151

JOELSON I S FEITOSA

1144-4 15.426-1

09/19

VISA

ELECTRON

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

071.518.524-10

JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

07/07/1987

21 MAR. 2018

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190230499 **Cidade:** Gurjão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÁLUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190230499 **Cidade:** Gurjão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÁLUS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,2 SINISTRO ANTERIOR (3180137022) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: CANCELADO POR INATIVIDADE (17/12/2018).

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Joelson Inacio da Silva Feitosa
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: _____
Profissão: _____
Identidade: 3.010.010 SSP-PB CPF: 071.518.524-10
Endereço: R. Freitas da Silva s/n centro Serra Branca - PB

PROCURADOR:

Nome: José Romão de Azevedo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Divorciado
Profissão: Tec. em Radiologia
Identidade: 718.406 SSP-PB CPF: 405.289.644-91
Endereço: R. Vital P. da Silva N: 63 1ª andar centro. Aquirama das
Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, junto ao Hospital Antonio Targino e hospital de trauma de Campina Grande. Para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

da da-silva Feitosa vítima Joelson Inacio

05/07/2018
Local e data

Joelson Inacio da Silva Feitosa
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Registro Civil e Notas - Santa Cruz da Baixa Verde-PB
Reconheço a firma indicada de por autenticidade
JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Des. 15
Santa Cruz da Baixa Verde, 19/12/2017 Em test. da verdade.
Joana Bezerra da Silva (Tabela)
Emol.: R\$ 3,49 TSNR R\$ 0,78 FELA R\$ 0,39 Total R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0076141.0V10201701.00760

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101973/19

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

CPF: 071.518.524-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA : 071.518.524-10

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: 26/03/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101973/19

Número do Sinistro: 3190230499

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

CPF: 071.518.524-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: JOELSON INACIO DA
SILVA FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA : 071.518.524-10

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: 05/04/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



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:

071538524-10

JOSÉ ROBERTO DA SILVA FEIOZA

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

Nome completo:

JOSÉ ROBERTO DA SILVA FEIOZA

CPF:

071538524-10

Profissão:

Endereço:

R1 PRAIA

Número:

310

Complemento:

Bairro:

ALTO DA CONCEIÇÃO

Cidade:

SERRA BRANCA

Estado:

PB

CEP:

58580000

E-mail:

Tel. (DDD):

81- 8819 3054

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2739

CONTA:

25078

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vul nascido)?

☐ 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.

Imprimir e
colar na
carta de
notificação
de sinistro

Local e Data:

SERRA BRANCA

25/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018