

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

Jelson Jnacio da Silva Reisosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Jelson Jnacio da Silva Reisosa</i>		CPF titular da conta 07151852410	Profissão
Endereço <i>Rua Projetada</i>		Número 511	Complemento <i>casa</i>
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Serra Branca</i>	Estado PB	CEP 58558
Email <i>joearaujelb@outlook.com</i>		Telefone (DDD) (83) 99805-5108	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	NRO.		
<i>Banco do Brasil</i>	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1144	4	15.426	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Serra Branca 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Jelson Jnacio da Silva Reisosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jerson
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 macio da Silva falcão

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

Nome completo:

Joelson macio da Silva falcão

CPE:

07151852410

Profissão:

Receio

Endereço:

Rua Tome de Souza

Número:

41

Complemento:

lasc

Bairro:

ALTO da conciliação

Cidade:

Serra Branca

Estado:

PB

CEP:

58580-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2739

1

CONTA: 25.078

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

COMPREV

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

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

05 ABR. 2019

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 Lider 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 avaliação técnica é prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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,

Nome:

CPF:

Campina Grande 05/04/19

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Julin faga de Jula Nogueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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
SÉCERETARIA 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 N° 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 N° 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, ai, 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 Médio Completo, profissão COMERCIANTE, portador da Cédula de Identidade N° 3010010, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 embro 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
JOELSON INÁCIO DA SILVA FEITOSA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 Jonacio da Silva Feitosa

CPF da Vítima

07151852410

Data do Acidente

25/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Romão da Paixão

CPF do Representante legal

40828964491

Email

Josearaujo86@outlook.com

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 meultimo ter à perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Serra Branca, 05 de Janeiro de 2018

Local e Data

João Batista da Paixão

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Paixão

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

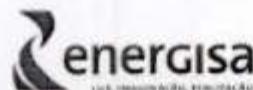
Nr. da Autenticação 64E1FFC2DE30B52D

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal contra da energia elétrica . N° 022.284.322



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-488
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Inscrição 16.019.823-0

DADOS DO CLIENTE

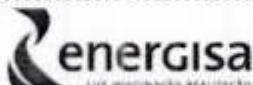
DAMIANA DA SILVA FEITOSA
RUA OMILDO RIBEIRO DE ASSIS S/N
SERRA BRANCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/760190-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	22/03/2019	346	29/03/2019	R\$ 271,37

Acesse: www.energisa.com.br



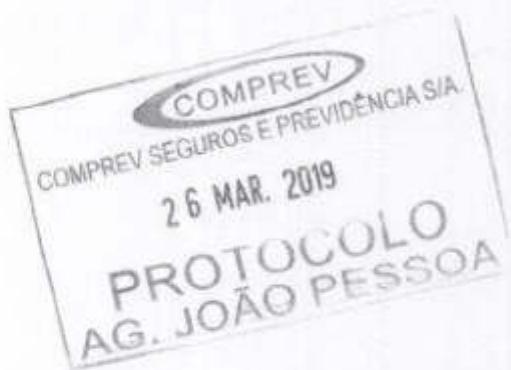
DESTAQUE AQUI

DAMIANA DA SILVA FEITOSA

Roteiro: 14-100-135-0680

83690000002-4 71370054000-6 07601902019-7 03100100019-4

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/03/2019	R\$ 271,37	760190-2019-03-1



DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA, 63 / 1º ANDAR - CENTRO
QUEIMADAS / PB CEP: 58475000 (AG-401)

Emissão 19/12/2017 Referência: Dez / 2017 BR230-KM156-Alça Sustentada - Trevo Imbuia - Campina Grande/PB - CEP 58423-700
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA/HONORÁRIO
Rotero 11-403-351-3740 NPFmedidor 00008010835

ENERGISA BORBOREMA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/08 826 596/0001-95 Ins Est 15 003 829-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N/000 128 228
Cód. para DBb. Automação: 000000013161

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	7948187474 Ins 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 empene pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem presas na rede. E nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/11/17 Leitura: 6741	Data: 19/12/17 Leitura: 6873	1	132	28
Demonstrativo				
Quantidade - UNID - Valor - Base Calc - Alm. Ioms(R\$) - CMS(R\$) - ICMS(R\$) - PIS(Cofins)(R\$) - PIS/Cofins(R\$) - ICMSFZ(R\$)				
0801 Consumo ate 30MWh-BR	30,000 0,204460	6,13	6,13 27	1,88 6,13 0,02 0,13
0801 Consumo - 31 a 100MWh-BR	70,000 0,350560	34,93	34,93 27	8,62 34,93 0,11 0,52
0801 Consumo - 101 a 220MWh-BR	32,000 0,525810	18,82	18,82 27	4,64 18,82 0,08 0,35
0801 Adc. B. Vermelha		4,17	4,17 27	1,12 4,17 0,02 0,09
0810 Subsídio		35,18	35,18 27	9,51 35,18 0,16 0,74
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUICAO PÚBLICA		8,22	8,22 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 10/2017		0,81	0,81 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 11/2017		0,04	0,04 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0806 MULTA 10/2017		1,07	1,07 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0806 MULTA 11/2017		1,19	1,19 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017		0,01	0,01 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0806 Devolução Subsídio		34,78	34,78 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	73,18	88,83	23,44	88,83	0,38	1,53
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
114.	27/12/2017	R\$ 73,19

Histórico de Consumo (kWh)
122 113 103 121 83 127 130 111 127 85 27 0
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

e73f.9953.59ed.b4d8.5423.e8a6.2007.0f36.

Indicadores de Qualidade - 10/2017 - Quimadas

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	XOMINAL
DIC TRIMESTRAL	11,59	220
EXC MENSAL	22,18	
EXC TRIMESTRAL	24,43	202
FIC MENSAL	0,05	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	0,05	LIMITE INFERIOR
FICANUAL	13,50	LIMITE SUPERIOR
DMC	0,37	231
DCRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BO	12,12	16,88
Comissão de Energia	16,73	25,53
Serviço de Transmissão	0,87	1,23
Encargos Sistêmicos	4,87	6,85
Impostos Diretos e Encargos	36,80	50,28
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	73,18	100,00

Valor do USD (Ref 10/2017) R\$ 12,69

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como DATA ANTÉ, dando um desconto de R\$24,78.

Faturas em atraso

BORBOREMA
Rotero 11-403-351-3740
Matrícula: 201316-2017-12-4

VENCIMENTO
27/12/2017

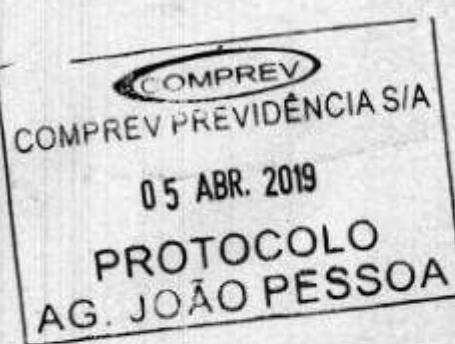
TOTAL A PAGAR
R\$ 73,19



PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
21 MAR 2018

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PB
Rua Padre Manoel da Nóbrega, 220 - Jardim das Palmeiras - PB
CEP 58030-570 - CNPJ: 09.122.954/0001-67

TIPO DE CONTA/CONTRATO: CAGEPA																			
REF ID: 00000000000000000000000000000000																			
REFERENCIA:																			
DATA DE CONSULTA: 05/04/2019																			
JOSELITO FERREIRA RUA TOME DE SOUZA, 41 - ALTO DA CONCEICAO SERRA BRANCA PB 58580-000																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>INSCRIÇÃO</th> <th>SMS</th> <th>Quantidade de Economas</th> <th>Responsável</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>053.000.125.0076.000</td> <td>0000</td> <td>TOTAL: 00000000000000000000000000000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>A075-457274</td> <td>25/04/2001</td> <td>ANEXO APLICADO</td> <td>INSTANCIAL</td> </tr> </tbody> </table>				INSCRIÇÃO	SMS	Quantidade de Economas	Responsável	053.000.125.0076.000	0000	TOTAL: 00000000000000000000000000000000		Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto	A075-457274	25/04/2001	ANEXO APLICADO	INSTANCIAL
INSCRIÇÃO	SMS	Quantidade de Economas	Responsável																
053.000.125.0076.000	0000	TOTAL: 00000000000000000000000000000000																	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto																
A075-457274	25/04/2001	ANEXO APLICADO	INSTANCIAL																
ANTES DE I: ATUAL: 1 CONSUL: 0000 1 RUM: DE DIAS 1 PRÓXIMA LEITURA 12/14 3297 13 32 22/04/2019 RUM: CONS.: ANTES: 1 CONS.: 1 QUITO: ÁGUA-ANEXO 20 PORT: 05/2017 HS: FEV/2019 7 PARÂMETROS: EXIV: ANALIS: CONFIDENCIAIS JAN/2019 11 TURBIDEZ 0 0 0 DEZ/2018 14 CLORO 0 0 0 NOV/2018 17 COL. TERMO 0 0 0 OUT/2018 8 COR 0 0 0 SET/2018 9 COL. TOTais 0 0 0 MEDIDAO 11 DADOS REFERENTES A: JAN/2019																			
DATA DA IMPRESSÃO: 25/03/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 13:58:00																	
DESCRIÇÃO		CONSUL:	TOTAL (R\$)																
ÁGUA																			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																			
ATE 30 HS - R\$ 17,91 POR UNIDADE		30 HS	17,91																
11 HS A 20 HS - R\$ 4,49 POR HS		9 HS	4,47																
ESGOTO																			
VALOR DE AFERTIZADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,56 R\$ 0,00 E COFINS: LFT 11.241/12																			
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 CORO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO *** *** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***																			



Lotérias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
QUINA: SORTEIO DE SEXTA-FEIRA 05/03/2019
003-702836199-8
03/abr/2019 HORA DE DESPACHO
LOT: 13.818763-6 LOCALIZADE: SERRA BRANCA
AG. VINCULADA: 3315 COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIR AD ESC PARAÍBA
VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 50,00
625500000002 525880108337
018424045014 032018288832
003-702836199-8
03/04/2019 19:18:00
19 VERSÃO

Lotérias CAIXA

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 Jelson Inácio da Silva Reisosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071518524-70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Jelson Inácio da Silva Reisosa, 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

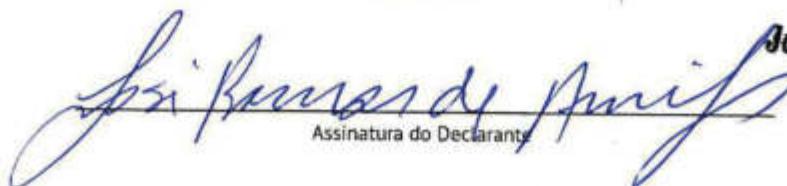
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT residir na endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>R: Vital Francisco da Silva</u>	<u>63</u>	<u>1º Andar</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>entres</u>	<u>Anionadas</u>	<u>PB</u>	<u>58475000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>lseramospb@outlook.com</u>	<u>(83) 79805-5108</u>	<u>(83) 98822-4322</u>	

Sua Branca 05 de janeiro de 2018
Local e Data

José Ramos de Araújo
CRTR nº 02151T
COREN 127676


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Foxelito Soníco Fritosa, RG de nº
12117-302 data de expedição 20/03/02 Órgão
SSP/ISP, portador do CPF nº, 063.128.219-08170, com domicílio na
cidade de Serra Branca, no Estado de Pernambuco, onde
reside na 1 Rua/Avenida/Estrada/sítio)
Rua Onildo Reis de Britto, nº 514
Bairro Altos da Boa Vista, 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
Foxelito Soníco Fritosa cujo o condutor era
Foxelito Soníco Fritosa.

Veículo CAR/CAMINHONETE/CARR.ABERTO/GASEL

Modelo FORD/E 250 XLT L

Ano 2003 / 2003

Placa WVL 3030/PB

Chassi 9BFFF25L13B089440

Data do Acidente 25/09/2016

Local e Data: Serra Branca, 05/01/20

Aug 10 1981

Roseli Maria Teles
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

José do Nascimento Fafosa
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 - Fones (83) 3354-2247 - cartorio@netcabo.net.br
TABELIA: BEL MÔNICA CRISTINA ANTONINO DE MELO

RECONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD BANCARIA A LA INTEGRIDAD DE LOS TRABAJADORES



Joséito Inacio Feitosa

chiucco
TAIBER
Dif. Municipia de Nápoli
TABELLA PÚBLICA

Selo Digital AGH87925-JEPX
Consulte a autenticidade em
<https://selcdigital.tjpb.jus.br>

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

26 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES.



(83) 3063.9001
www.imagoradiologia.com.br
contato@imagoradiologia.com.br

Unidade Integração
Rua Dom Pedro II, 382, Prata
CEP: 58400-565 Campina Grande - PB
Unidade San Pietro
Rua Montevidéu, 720, Bela Vista
Centro Médico San Pietro, sala 01
CEP: 58428-790 Campina Grande - PB
(83) 3063.9020

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

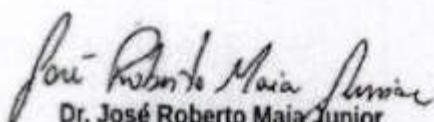
Exame realizado em AP e perfil

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	Jesserson Henrique Teles	Bairro:	Séure
End:	R. Dep. Alvaro Guedes nro. 87	Documento de Identificação:	Brumaria
Data de Nascimento:	04-04-87	Data do Atend.:	25-09-16 Hora: 04:40 Documento:
Queixa	Afficiente de Cane		
Acidente de trabalho?	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bom	() Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:	22	24	26	Frequência cardíaca:	100	100	100
Pressão arterial:	120	100	80	Temperatura axilar:	37	37	37
Dosagem de HGT:	10	10	10	Mucosas:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada	(<input type="checkbox"/>) Pálida	
Deambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca				

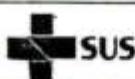
Estratificação: *Guanabara*
MOD. 110

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

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Bruna 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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

4 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joelson Inacio da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

253 373

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702402585626528

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/07/1989

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Damiana da Silva Feitosa

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Deputado Aluano Gaudencio

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serrão Bonito

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

58580000

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor e edema em calcântio
Exame neurovascular normal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma cirúrgico

AG. PROTOCOLO PESSOAL
21 MAR. 2016

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DESENGAJADOS)

Rx de calcântio

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx de Talus

21 - CID 10 PRINCIPAL

5828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Instrumento Cirúrgico de Fratura da rilia

0408050500

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSEGURO MUNICIPAL

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente <i>Joelson Tugrilo</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>18/09/16</i>	Enf.	Leito
Operador <i>26/09/16</i>	1º Auxiliar <i>J.P. W. Cognac</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>+ de Tumor (b)</i>		
Tipo de Operação <i>Extratoscopia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>		
Atópicio Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Nen</i>		
		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Paciente em DD e ffb anestesiado
 - (2) Aspiração + Amputação + Aferição de campo operatório
 - (3) Incisão Antero-mediolateral e Antero-lateral com 21-6
 - (4) Diagnóstico PM P/ nos
 - (5) Fehocôto cravado de ferro
 - (6) Passagem de O2 (dois) maf-gas espumosos com 1/2 das máscaras procurando bem 72/40 e 120/80 mmHg
 - (7) Ligadura de F.O.
 - (8) Sutura por planos
 - (9) Curativo
- Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 00013*

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Seabra Inacio Feitosa

DN/07-07-87

QI LEITE
Sala 04

CONVÉNIO
SUS

IDADE
29

REGISTRO
1335632



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA:

CIRURGÃO:

gastroenterológico de faturado

Dr. Rodolfo + Dr. Wagner

ANESTESIA:

ANESTESIA:

Raque.

Dr. Alfredo

INSTRUMENTADORA

DATA

26-09-16

INÍCIO

16:30

FIM

18:15

Qty. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qty.

FIOS

CÓDIGO

01 Adrenalina amp.

Calel. p/ Oxyg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

02 Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dimore amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

02 Solanina amp.

Cotonoides

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp.

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml

Dreno Penrose n°

Cera p/ osso

Inova ml

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

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp.

Espadrapo Março cpr

Fio de Algodão Sutupak

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fita cardíaca

Rapifen amp.

H₂O, ml

Monofylon

Thionembutal ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Serfix 02

Qty. MEDICAÇÕES

01 Lâmina de Bisturi nº 23

Qty.

SOROS

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Serfix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Serfix

Dipirona amp.

Luvas 7.0

Vicryl Serfix

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Serfix

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Serfix 02

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Glicose amp.

Oxigênio l/m

Glucon de Cálcio amp.

Poliflix

Haemacel ml.

PVPI Degemerante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

Qty.

SOROS

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp.

Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol.

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Piasil amp.

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

Qty.

SG fr 500 ml

Revivan amp.

Sonda

Stupanon amp.

Sonda foley

Qty.

ORTESE E PRÓTESE

Cefalotina 1g

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral nº

Steridrem ml

Torneirinha

Qty. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

Aguilha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

Latese

Aguilha desc. 3 x 4,5

05 Dilatadas

Aguilha p/ raque nº 2,5

05 Líqul condutor

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metíleno amp.

Benzina ml

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso

(X) Foco Auxiliar

() Serra

() Eletrocautério

() Desfibrilador

() Oxicapiógrafo

(X) Foco Frontal FÍXO

(X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz

(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(Orixa Luville)

MOD 066

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>To Elegson Ferreira da Cunha</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>26/02/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
	TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fract do Falus</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES					<i>X</i>	<i>—</i>		
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA					APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²				INDUÇÃO			
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
LÍQUIDOS					Laringo espasmo: _____	Lenta: _____		
					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
VP. ART. CÓDIGOS 0: O PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO					Outros: _____	MANUTENÇÃO		
					<i>(1) cefoxilina + (2) Tensoxin (3) Exdr (4) NAUSEADAS (5) terametaz</i>			
ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____								
DESPERTAR								
Reflexos na SO: _____								
Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____								
Náuseas: _____ Vômitos: _____								
Outros: _____								
Com cânula: _____								
Paro o Leito Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES:								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	O - X							
POSIÇÃO	<i>Traqueia</i>							
AGENTES	<i>NEOCERVIT Dimec</i>							
TÉCNICA	<i>Diagnóstico</i>							
OPERAÇÃO	<i>Ac. f. limpa f. f. f.</i>							
CIRURGIÕES	<i>Dr. Rodolfo</i>							
ANESTESISTAS	<i>Ac. S. L. Cunha</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA			



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

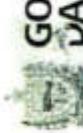
INDEX

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

四

Paciente Jelson nacio Feitosa

400,035



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

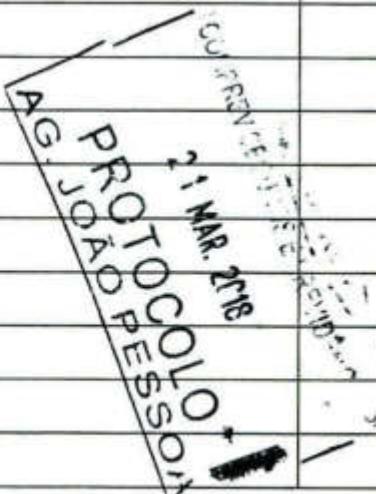
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRAS - NDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Jolimara Lúcia Ferreira

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/09	<p>07 dias + líquido 500g UPA</p> <p>600mg dia manhã 700mg noite 600mg</p> <p>7.16T. / 1.200mg 17.17.2 h.</p> <p>1000mg dia 1000mg noite 19.17.2 h.</p> <p>Cetimac forte 100mg 17.17.2 h.</p> <p>Cloridr. Cetamina 240mg 17.17.2 h.</p>	<p>12/14/2016</p> <p>12/14/2016</p> <p>12/14/2016</p> <p>12/14/2016</p> <p>12/14/2016</p> <p>12/14/2016</p>	





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma

'nandes

Diagnóstico

Hansen *Tracing* *Editor*

Folha de Tratamento e Evolução

JRA DE
Toler

Paciente) Zoelton (Sexo) M (Alojamento) (3) (Leito) 4 (Convenio)

27 10:13 T36e D44 R20PA160x80 Palente instalado segue
09
16 cronograma realizado
operativo sob responsabilidade
mudanca das estradas
da Sampafronogueira

27 90:13 T36e D44 R20PA160x80 Palente instalado seguindo
09
16 cronograma realizado
operativo das estradas da
equatorial





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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	13,1 a 16,0 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 31,7 pg
H.C.M.	33 g/dL	32,9 a 34,7 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	11.300 /mm ³	5.390 a 19.036 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
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
Linfocitos		
Tipicos	7,0	791
Atípicos	0	0
Monocitos	2,0	226
CONTAGEM DE PLAQUETAS	234.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSEVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

CORRETIVOS E REVISÃO
21 MAR 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

[DATA DA COLETAR: 26/09/2016 07:44]

Valores de Referência:

De 1 a 3 minutos.

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO

8'00'' min

Valores de Referência:

De 5 a 11 minutos.

[DATA DA COLETAR: 26/09/2016 07:44]

Material: Sangue

Método: Len-White

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yanetha Carvalho | Registro: | Leito: 3 - 5 | 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 PSÍCOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () 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 nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispnégia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorção: () 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: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastroenterologia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>(Handwritten notes in Portuguese, mostly illegible, appear to be a list of symptoms or observations.)</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	DATA: <u>21/9/16</u> HORA: ____ h

DIAGNÓSTICO

47

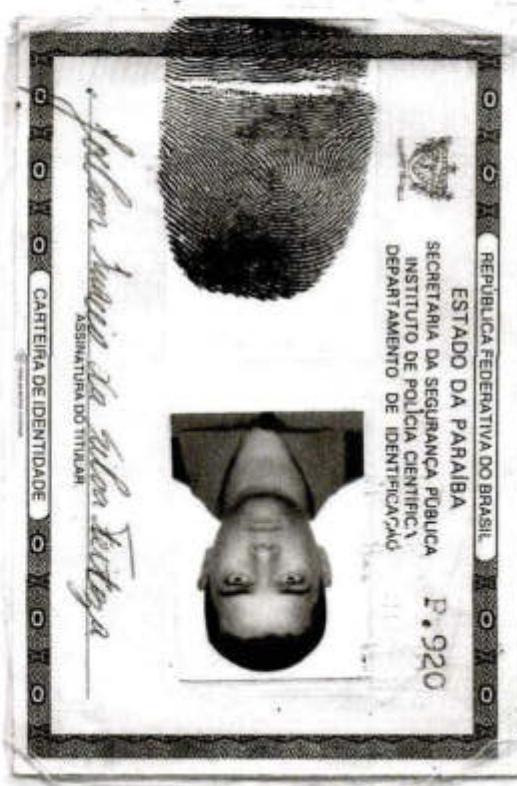
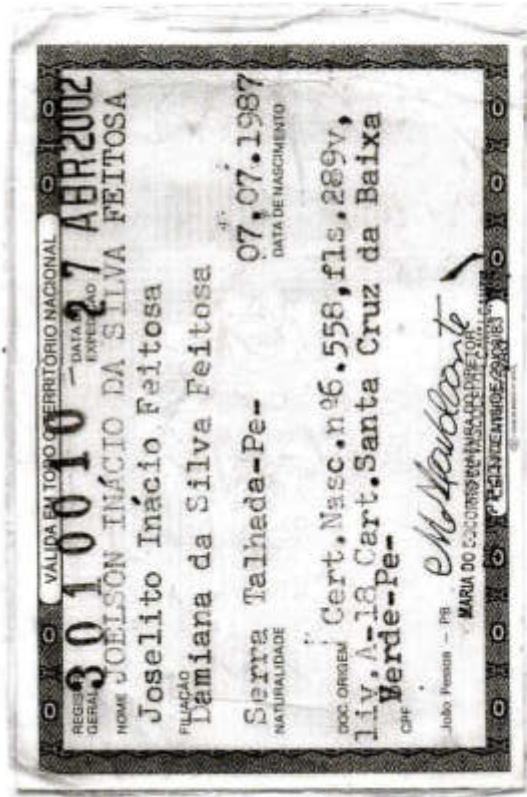
卷之三

Родители

21 MAR 2010

PROTÓCOLO

1 MAR. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
AG. JAI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012896571606 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSELITO INACIO FEITOSA

CAR/CAMINHONETE/CARR. ABERTO DIESEL

MAPA / MODELO	COMBUSTIVEL
FORD/F250 XLT L	ÁGUA
CAP / POF / GU	ANO / MOD.
03P/1.00T/180CV	2003
COTA UNICA	CATEGORIA
IPVA PAGO EM	PARTIC
FAIXA IPVA	VENC. COTA ÚNICA
A *	PARCELAMENTO / COTAS

IPVA (R\$)	IPF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
0	0	0	031/10/2016
*****	*****	*****	*****

IPF (R\$)	DESTRATAV (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0	0	0
008138526445840	9BFFF25L13B089440	0
2003	10	0

IPF (R\$)	DESTRATAV (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0	0	0
SEM RESERVA DE DOMINIO	0	0
NOVO VENCIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA	0	0
SERRA BRANCA - PB	0	0

DATA	DATA
04/11/2016	16/11/2016
795	795
CONTRAN	CONTRAN

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04

16179-15161112-20161104

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. Prof. Jofre de Paiva Leitão s/n centro Serra Branca - PB

PROCURADOR:

Nome: José Rômulo da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Téc. em Radiologia
Identidade: 718.406 SSP-PB CPF: 405.289.644-91
Endereço: R. Vital Ribeiro da Silveira N° 63 1º andar antigo Belo Horizonte 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

vítima
Joelson Inacio da Silva Feitosa

Joelson Inacio

05/01/2018
Local e data

Joelson Inacio da Silva Feitosa
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Registro Civil e Notas Santa Cruz da Baixa Verde-PB
Reconheço a firma indicada de por autenticidade
JOELSON INÁCIO DA SILVA FEITOSA
que confere c/ o padrão reg. neste serventia. Declaro
Santa Cruz da Baixa Verde, 19/12/2017 Em test da verdade.
Joana Bezerra da Silva (Tabelião) Joana Bezerra da Silva
Emol.: R\$ 3,49 TSNR R\$ 0,78 FEMC RS 0,39 Total R\$ 4,66
Valido somente com o selo 0076141 QV1U201701.00760

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101973/19

Vítima: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

CPF: 071.518.524-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: JOELSON INACIO DA SILVA FEITOSA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO

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 sinalo ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	011518524-50	Joacine Inácia da Silva Ferreira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP. Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	011518524-50
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:		58580000
E-mail:		Tel (DDD):		83 8819 3054

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2139 1 CONTA: 25078 3 (informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 lastimável, 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 Lider 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 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

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/vôos vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impróprio local da assinatura para esse representante	Local e Data: Joacine Branca 25/10/2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	Nome: _____	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	Assinatura	2º Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.