
Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190117119

Vítima: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

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, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190117119

Vítima: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

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 dos ombros
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: **GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008210**

Conta: **0000036418-1**

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



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: 04644083429 Nome completo da vítima: George Monteiro das Santos

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

Nome completo: George Monteiro das Santos CPF: 04644083429

Profissão: Aut. de Pedreiro Endereço: Rua João Sampaio de Brito Número: 10 Complemento: _____

Bairro: Uzeiro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-838

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: 8210 CONTA: 36418 1

(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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 a 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00576.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00576.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 16 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **George Monteiro dos Santos**, CPF nº 046.440.834-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Edjane Monteiro dos Santos e Jorge Firmino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/03/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Sampaio de Brito, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98704-2511.

Dados do(s) Fatos:

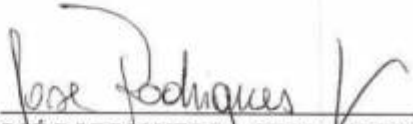
Local: Rua Coronel Adolfo Massa, Em Frente Ao Psf, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro/Novais; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/08/18 19:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA NOITE DO DIA 26/08/2018, ESTAVA NA RUA CORONEL ADOLFO MASSA, BAIRRO DOS NOVAIS, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S43.1 CONFORME LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM/PB 3323.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00576.01.2019.1.00.401

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: 04644083429 Nome completo da vítima: George Monteiro das Santos

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

Nome completo: George Monteiro das Santos CPF: 04644083429

Profissão: Aut. de Pedreiro Endereço: Rua João Sampaio de Brito Número: 10 Complemento: _____

Bairro: Uzeiro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-838

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: 8210 CONTA: 36418 1

(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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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 a 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

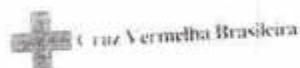
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1104038



Identificação do paciente

ID 1320023	Nome GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/10/1981	Idade 36 anos 10 meses 12 dias	Estado civil
Mãe EDJANE MONTEIRO DOS SANTOS	Pai JORGE FIRMINO DOS SANTOS	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCELO RIBEIRO DA SILVA - CUNHADO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987969669	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns	Fone Fixo
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS	Nº documento 2639526	Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARTA PACHECO
Número SN	Complemento		Bairro OITIZEIRO

Admissão

Data e Hora 26/08/2018 19:23:46	Número da pulseira 100005700324	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

GOVERNO DA PARAÍBA
11 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

Tempo
56seg

26/08/2018 19:23

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08210

CONTA: 000000036418-1

Autenticação:

5DBF79447F3B7E48B927D574C37AA27296BF3704E4DC106E74630D19B39BD966

MARCIA REGINA FERREIRA FLORENTINO
FLAVIO JOAO SAMPAIO DE BRITO, 10 - OITIZERO
JOAO PESSOA / PB CEP 53053-838 (AG 1)

Emissão: 30/10/2018 Referência: Out/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO Br 230, Km 25 - Centro Rodenhor - João Pessoa / PB - CEP 53071-490
Relatório: 18-2-539-3320 Nº medidor: 07008192853

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.112/0001-40 Insc. Est. 16.015.720-8

Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica Nº 014.636.050
Cod. para Deb. Automático: 00005252043

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Out / 2018

30/10/2018

29/11/2018

026.423.694-09

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/526204-3

Canal de contato

ATENÇÃO: AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2018
Prestar a Prefeitura de sua cidade até 15/11/2018 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social da
Energia. Para mais informações ligue para o 0800-0830196 ou
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE lançada pela Lei
nº 11.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura					
31/09/18	8631	30/10/18	8149		118		32	
Demonstrativo								
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
320	Consumo de 30kWh-BR	30,000	0,278255	8,34	8,34	27	0,25	6,75
321	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,07010	4,91	4,91	27	0,25	6,75
322	Consumo - 101 a 220kWh-BR	12,000	0,115510	1,39	1,39	27	0,25	6,75
323	Adic. B. Vermele			4,50	4,50	27	0,25	6,75
324	Subsídio			45,43	45,43	27	0,25	6,75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
325	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			2,38	0,00	0	0,00	0,00
326	JUROS DE MORA 07/2018			1,76	0,00	0	0,00	0,00
327	JUROS DE MORA 08/2018			1,03	0,00	0	0,00	0,00
328	MULTA 07/2018			1,25	0,00	0	0,00	0,00
329	MULTA 08/2018			1,25	0,00	0	0,00	0,00
330	COMP IND DMC 03/2018 (DIF) 03/2018			2,24	0,00	0	0,00	0,00
331	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			1,65	0,00	0	0,00	0,00
332	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			92,15	0,00	0	0,00	0,00
333	Devolução Subsídio							
TOTAL				84,95	100,95	23,00	104,95	0,89

CC: Código de Classificação do Item
Média últimos meses (kWh)

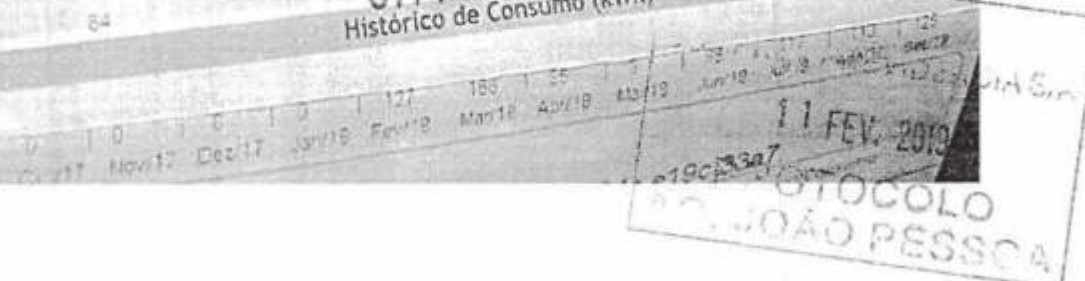
VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

R\$ 84,96

07/11/2018

Histórico de Consumo (kWh)



IJA L- 26.315 - Barro Branco

Período: 09/2018

CTPS: 00145279 / 00024

CTPS: 001537 384-05

Jose Eduardo da Silva

Av Maria Rosa, 0000

Manaira 58038-460 João Pessoa PB

Valor 199,99

Vencimento 10/10/2018

Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO

Código NET 907/014527082

CPF/CNPJ 455.536.024-91

001/004

PARA 2. VIL DA FÁBULA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

Ortante:

resid e telefones sempre atualizados.
Dr. Explicar Minha NET - Minha Residência.
relatório de seus serviços NET, através o
sistema online, estará sujeito a cobrança
usl.

Minha NET:

8DA LARGA NET
EMPRESAS 60 MEGA FID
FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 1L

descrição

NET VIRTUA +
NET FONE

total

145,00
54,99

Valor total 199,99

11 FEV. 2013
PROTOCOLO
1140000000

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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/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 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 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, supervisionar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Monteiro dos Santos (a) no CPF sob o Nº 046.440.834/29 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Abreu Rosa</u>		Número <u>82</u>	Complemento _____
Bairro <u>Manairá</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038460</u>
Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular(DDD) _____	

João Pessoa 11 de Fevereiro de 2019
Local e Data

João Eduardo da Silva
Assinatura do Declarante

11 FEV. 2019
PROTOCO
JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE George Monteiro dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 14/10/81
NOME DA MÃE Edjane Monteiro dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110702
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1104038
DATA DO ATENDIMENTO 26/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com queixa de dor em ombro direito e tornozelo esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax, perna E

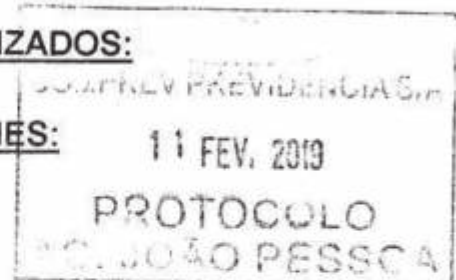
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular direita

TRATAMENTO:

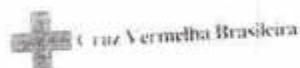
Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 03/09/18
DATA DA EMISSÃO: 11/12/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1104038



Identificação do paciente

ID 1320023	Nome GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/10/1981	Idade 36 anos 10 meses 12 dias	Estado civil
Mãe EDJANE MONTEIRO DOS SANTOS	Pai JORGE FIRMINO DOS SANTOS	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCELO RIBEIRO DA SILVA - CUNHADO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987969669	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns	Fone Fixo
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARTA PACHECO
Número SN	Complemento	Bairro OITIZEIRO	

Admissão

Data e Hora 26/08/2018 19:23:46	Número da pulseira 100005700324	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

GOVERNO DA PARAÍBA
11 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

Tempo
56seg

26/08/2018 19:23



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE George Monteiro dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 14/10/81
NOME DA MÃE Edjane Monteiro dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110702
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1104038
DATA DO ATENDIMENTO 26/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com queixa de dor em ombro direito e tornozelo esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax, perna E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular direita

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 03/09/18
DATA DA EMISSÃO: 11/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS	BAE 1104038	Data/Hora Entrada 26/08/2018 19:23:46	Data Baixa
Data de nascimento 14/10/1981	Idade 36a 10m 12d	Sexo Masculino	CNS
Mãe EDJANE MONTEIRO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987963663
Endereço MARTA PACHECO, SN	Bairro OUTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional IGOR NUNES DE SOUZA	Nº Cons. Regional 5858/PB
Data/Hora Classificação 26/08/2018 19:30:22		Data/Hora Prescrição 26/08/2018 19:36:41	

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

...FERE DOR EM OMBRO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

SEM OUTRAS QUEIXAS.

ALCOOLIZADO

ESTAVEL/ CONSCIENTE E ORIENTADO

CD.: SOLICITO AVAL DA ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

Dr. Igor Nunes de Souza
MEDICO
CRM-5858 PBIGOR NUNES DE SOUZA
(CRM: 5858/PB)JOSÉ MARCIO BATISTA DA SILVA
11 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS		BAE 1104038	Data/Hora Entrada 26/08/2018 19:23:46	Data Baixa
Data de nascimento 14/10/1981	Idade 36a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987969669
Mãe EDJANE MONTEIRO DOS SANTOS			Prontuário	
Endereço MARTA PACHECO, SN		Bairro OTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE		Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 26/08/2018 19:30:22			Data/Hora Prescrição 26/08/2018 21:02:39	

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO OMBRO D HÁ HORAS.

COM LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO D.

CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

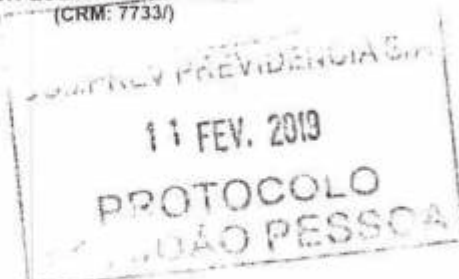
CID10

Código	Descrição
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular

Conduta

Internar Paciente

GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 29/08/2018 08:04:03

Paciente GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1104038	Data/Hora Entrada 26/08/2018 19:23:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 14/10/1981	Idade 36	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 1107C2
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 29/08/2018 08:03:46)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM LAC
EVOLUI ESTAVEL
LABORATORIO OK
CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0006

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296


Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 7296
29 AGO 2018GOVERNO DA PARAÍBA
11 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: George M. Santos BE/Prontuário: 1102033
 Idade: 36 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de LAC(E)
 Cirurgião: Dr. Milton 1º Assistente: Dr. Everton
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>0 mm</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico LAC(E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Everton Vasconcelos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 8616
 CREMEPE 22251
 TEOT 15818

João Pessoa, 07/01/12

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em posição de decúbito lateral
- Membro superior em extensão
- Aproximação de membros superiores

Incisão:

- Incisão em Z-plastia
- Drenagem por plumas de látex

Achados:

- LAC (F)

Conduta:

- Redução aberta + estabilização com fio e tala com curativo
- F.O. + 1 Fio K nº 2,5
- Limpeza (SFO, 8%)
- Sutura por plumas
- Limpeza com SFO, 8% + antisséptico
- Imobilização
- Rota + de controle

Fechamento:

Observação:

JOÃO PESSOA PREVIDÊNCIA S/A

11 FEV. 2013

PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8618
CREMEPE 22251
TEOT 15018

João Pessoa, 02/09/13

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: George Monteiro dos Santos

Idade: 36 **Sexo:** M **Prontuário:** 1104038 **HTOP:** HTOP

Cirurgia: TC LAC

Cirurgião: DR. Milton + DR. Eudon

Anestesia: Bloqueio Plexo

Anestesta: DR. Elvino

Data: 02/09/18 **Local:** 10:20 **Cirurgia Início:** 10:40 **Fim:** 11:40

Indicação de Resposta: ASA I (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

Indicação de Contaminação: (LIMP) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
CLORALHÍDRA		SRL	1	JELCO N°18	1
DE PIV. AL. AL. INIBIDORA				JELCO N°20	1
DE PIV. AL. AL. PESADA				JELCO N°22	
ETILAMINA	1	SF 90%	1	JELCO N°24	
ETOPRITIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA	
ETIMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	1
ETIMIDATO		ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°12	1
ETIMIDATO		PVP DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°21	1
ETIMIDATO		PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	1
ETIMIDATO		PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	1
ETIMIDATO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENERTO	1
ETIMIDATO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1
ETIMIDATO		AGULHA 13x4,5	1	LUVA ESTERIL N°7,0	1
ETIMIDATO		AGULHA 25x07	1	LUVA ESTERIL N°7,5	1
ETIMIDATO		AGULHA 25x08	1	LUVA ESTERIL N°8,0	1
ETIMIDATO		AGULHA 40x12	1	LUVA ESTERIL N°8,5	1
ETIMIDATO		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRURGICA	1
ETIMIDATO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	1
ETIMIDATO		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	1
ETIMIDATO		AGULHA RAQUL N°25G		SCALP N°14	1
ETIMIDATO		AGULHA RAQUL N°26G		SCALP N°21	1
ETIMIDATO		AGULHA RAQUL N°27G		SERINGA 3ML	1
ETIMIDATO		ALGODÃO ORTOPEDICO	1	SERINGA 5ML	1
ETIMIDATO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1
ETIMIDATO		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
MEDICAÇÕES		CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
MEDICAÇÕES		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
MEDICAÇÕES		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
MEDICAÇÕES		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
MEDICAÇÕES		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
MEDICAÇÕES		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
MEDICAÇÕES		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
MEDICAÇÕES		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
MEDICAÇÕES		COMPRESSAS CIRURGICAS	1	SONDA URETRAL N°	
MEDICAÇÕES		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	1
MEDICAÇÕES		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
MEDICAÇÕES		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
MEDICAÇÕES		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
MEDICAÇÕES		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	
MEDICAÇÕES		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
MEDICAÇÕES		EQUIPO MICROGOTAS			
MEDICAÇÕES		ESPONJA DE PVPI	1		
MEDICAÇÕES		ESPARADRAPO	1		
MEDICAÇÕES		GAZES	1		
MEDICAÇÕES		GAZES ALGODADAS	1		
MEDICAÇÕES		GEL ELETROLITICO	1		
MEDICAÇÕES		JELCO N°14			
MEDICAÇÕES		JELCO N°16			

caixa vascular no instrumental
caixa para uso instrumental
caixa para uso instrumental

11 FEV 2019
PROTOKOL
HETBOND 5 M

EMPRESA
EQUIPAMENTOS
ASPIRADOR
MONITOR
DESBRILADOR
FOCO AUXILIAR
FOCO CENTRAL
MICROSCOPIO
ONIMETRO DE PRESSÃO
PA INVASIVA NÃO INVASIVA
PERFURADOR ELÉTRICO
PLACA
REDES

Indicação de Contaminação: (LIMP) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/09/2018

PRONTUÁRIO: 3304038

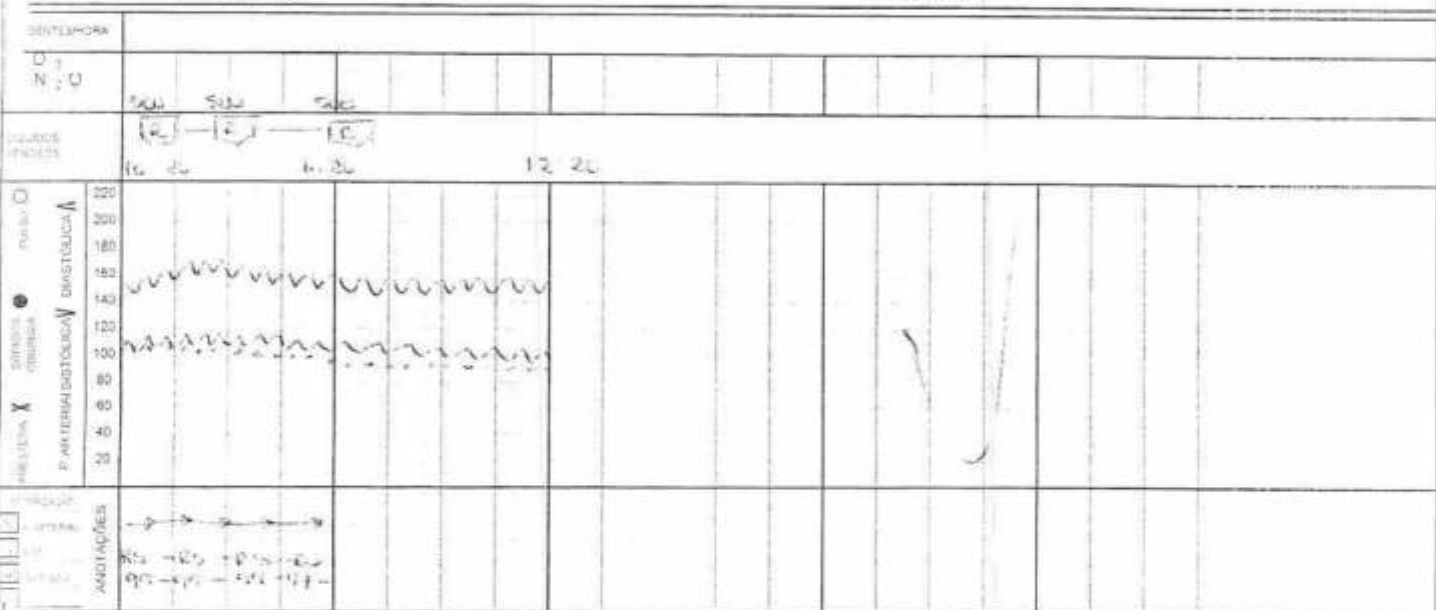
PACIENTE: GEORGE MONTARI DOS SANTOS

SEXO: M

COR:

IDADE: 36m

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO <u>NDA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>NORMAL</u>			
AP. DIGESTIVO <u>NDA</u>		ESTADO MENTAL <u>ECA 15</u>		DROGAS EM USO <u>NENHUMA</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO					I ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>LESÃO DE LAC DE OMBRO DIREITO</u>					
CIRURGIA REALIZADA <u>TRT CIRURGIA DE LAC DE OMBRO DIREITO</u>					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:20</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>Dr. Clóvis</u>		CPF		CRM-PB	



☐ ANESTESIA GERAL	☐ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☒ BLOCO PLEXO	☐ BLOCO NERVOS	☒ OUTROS <u>SCAPULA</u>
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					

1	Fentanyl 200 mcg EV	11
2	Ropivacaine 200 mg EV	12
3	Cefazolin 750 + 100 mg EV	13
4	Midazolam 5mg EV	14
5	Cefazolin 2g EV	15
6	Dexametasona 10mg EV	16
7	Dilaudid 2g EV	17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
1) NDA, monitorização, ventilação via mbf e JZC, O2 2L por cateter nasal.	
2) Realizado bloqueio de plexo braquial S/ intercorrências.	
3) Realizado em "posição de flexão" - Sem problemas.	
4) Vigilância e suporte clínico.	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	
F (VGI) ASCIR 026-1	

Michelle M...
MÉDICA
CRM - PB 1.32
(RJ)

Clóvis Y. Aratam
Médico Anestesiologista
CRM 10.237/PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO 639526	DATA DE EXPIRAÇÃO 23 MAR. 1999	ESTADO DA PARAIBA	
GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS		SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
Jorge Firmino dos Santos		INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
Edjane Monteiro dos Santos		DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
João Pessoa - PB	14-10-1981	P-06	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
Cert. Naso. Nº. 29071, Fls. 262, blv. 26			
DOC. ORIGEM			
Cert. de João Pessoa - PB			
ASSINATURA DO DETENTOR		ASSINATURA DO TITULAR	
LEINP 18 DE 2003		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

PROVIDÊNCIAS
11 FEV. 2013
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.440.834-29

Nome: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 14/10/1981

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:25:52 do dia 21/01/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A663.D138.563C.800C



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC IDENT/M / OUT IDENT/M 1054562 652 19	
	CPF 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967	
	FUNÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	PERMISSÃO 1009001575 ACC 1009001575 CAT/M 1009001575	
MÉDICO 00724153162 VIGÊNCIA 10/11/2019 1ª HABILITAÇÃO 06/04/1989		
PROUNDO PLASTIFICAR 1009001575	OBSERVAÇÕES	
	ASSINATURA DO DETENTOR	
	LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 11/11/2014	
	ASSINATURA DO DETENTOR 60378988469 6029545609	
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

JOAO PESSOA PREVIDENCIA S.M.
 11 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 1009001575

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190117119 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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 dos ombros	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: 3190117119 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE MONTEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50