
Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597092

Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597092

Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000042832-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 701.298.984-06 3 - CPF da vítima: 701.298.984-06 4 - Nome completo da vítima: Bruno Laurentino G. da Silva

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

5 - Nome completo: Bruno Laurentino G. da Silva 6 - CPF: 701.298.984-06
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Estud. M. Zanilda N. de Araújo 361
9 - Número: 361 10 - Complemento:
11 - Bairro: Funcionários II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 956634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0904 CONTA: 000428325

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (voluntária)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital
Assinatura
Vítima ou
Beneficiário
ou Representante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 4581 3647

6277

VALIDO ATÉ

02/21

BRUNO LAURENTINO O SILVA

0904 013 00042832-5

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11833.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11833.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 10 de outubro 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Bruno Laurentino Gouveia da Silva**, CPF nº 701.298.984-06, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Operador de Telemarketing, filho(a) de Ana Raquel Laurentino e Alecsandro Gouveia da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/05/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Maria Izanilda Machado de Araújo, Nº 161, complemento casa B, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Próximo a Feira do Grotão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-3093.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Abelardo Targino da Fonseca, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/05/19 18:10h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/05/2019, POR VOLTA DAS 18:10, ESTAVA EM DIREÇÃO A SEU TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA OGG-8436/PB, CHASSI 9C2KC1680ER472031, REGISTRADA EM NOME DE WEDSON SABINO DA SILVA, NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, GEISEL, NESTA CAPITAL, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO O MOTORISTA DO VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM NA FAIXA DA DIREITA, EFETUOU UMA CONVERSÃO A ESQUERDA SEM SINALIZAR, VINDO A INVADIR A FAIXA POR ONDE VINHA GUIANDO ESTE NOTIFICANTE E PROVOCANDO UMA COLISÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 01:21 DO DIA 12/05/2019, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, COM ALTA NO DIA 18/05/2019, RETORNANDO AQUELE HOSPITAL NO DIA 29/05/2019 SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 31/05/2019, CONFORME CERTIDÃO 1464/2019, ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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 fé.

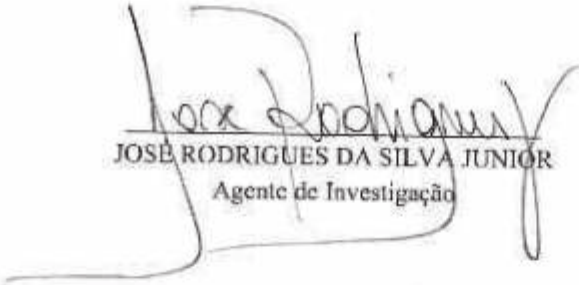
SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



João Pessoa/PB, 10 de


JOSE RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


BRUNO LAURENTINO GOUVEIA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 701.298.984-06 3 - CPF da vítima: 701.298.984-06 4 - Nome completo da vítima: Bruno Laurentino G. da Silva

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

5 - Nome completo: Bruno Laurentino G. da Silva 6 - CPF: 701.298.984-06
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Estud. M. Zanilda N. de Araújo 361
9 - Número: 361 10 - Complemento:
11 - Bairro: Funcionários II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 956634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0904 CONTA: 000428325

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (voluntária)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 4581 3647

6277

VALIDO ATÉ

02/21

BRUNO LAURENTINO O SILVA

0904 013 00042832-5

elo

CERTIDÃO

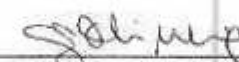
Nº. 1464/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°228601 e Prontuário N°2017.11.004452 pertencentes a **BRUNO LOURENTINO GOUVEIA DA SILVA** que foi atendido dia 12/05/2019 às 01H21min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho esquerdo. Alta dia 18/05/2019. Retornou dia 29/05/2019. Realizado procedimento cirúrgico. Alta dia 31/05/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de Setembro 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000042832-5

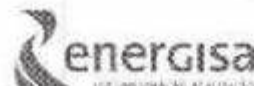
Nr. da Autenticação D2453024A220A6B1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para depósito pagamento da taxa fiscalizada de energia elétrica Nº 031.080.233



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SONIA MARIA MAXIMO
RUA ESTUD MARIA IZANILDA MACHADO DE ARAUJO 161 B
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1722076-5

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

13/09/2019

CONSUMO

117

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 107,66

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00515.858173 3 80290000010766

Pagador: SONIA MARIA MAXIMO CNPJ/CPF: 161.566.414-91

RUA ESTUD MARIA IZANILDA MACHADO DE ARAUJO 161 B - FUNCIONARIOS II - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000515858	001722076201909	01/10/2019	R\$ 107,66	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 029.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183/0001-40 Insc. Est. 14.015.322-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/137 1069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAP².

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 Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruno Laurentino G. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.298.984/06

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruno Laurentino G. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.298.984/06 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Marangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58056-384</u>
				Telex (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/10/19

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
MUN: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58036-364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: 1396652

Ficha Nr: 228601 Atd: Nao Regulada
Data: 12/05/2019
Hora: 01:21:00
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
CNS: 210104044410032 Sexo: M IDENTIDADE: 4008443 Fone: 988263093 Num. Prontuario: 2017.11.004452
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1995 Id: 24 ano(s)
End.: RUA DESSEMBARGADOR JOAO SANTA CRUZ, 1048 CARTAO DO SUS 704502320817819
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ANA RAQUEL LAURENTINO Pai: ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA

Paes: PARDA Etnea: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR AMBULANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Ref.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Ex. Doc. Responsavel: 988263093 / IDENTIDADE: 4008443

Local: HOSPITAL TRAUMA

Escolaridade:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

TC:

DATA:

Hora:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO + CARRO RJ AS 18:00

Vitima de violencia por: IMDO PRO TRABALHO/NO ERNESTO GEISEL/CONDUTOR

! Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PL: TP:

Peso: Altura:

Temperatura: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulso
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observação

Lesão Principal

TRAUMA PUNHO ESQUERDO

Relato do Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Relato do Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Dr. Carlos Tiago da S. P.
CRM-PB 9293

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

Dr. Carlos Tiago da S. P.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293

17/10/2012

DATA e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Situa	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Mec



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Priscila L. S. Silva</u>		Data da Admissão: <u>12-1-05</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
QPD: <u>Dr. + 60m em Reposo</u>			
HDA: <u>Priscila L. S. Silva</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa com

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *fx de Ponto de partida*

Conduta: *Intervenção hospitalar*

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA	BAE 1162056	Data/Hora Entrada 11/05/2019 19:19:28	Data Brnss 2019-05-11 23:12:18.0
Data de nascimento 12/05/1995	Idade 24a	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 87871742
Mãe ANA RAQUEL LAURENTINO			Prontuário
Endereço Agente Fiscal Antônio Ladislau da Silva, SN - NAO ESTÁ FORNECENDO A ETIQUETA	Bairro Favelas	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 9690/PB
Data/Hora Classificação 11/05/2019 19:19:28		Data/Hora Prescrição 11/05/2019 23:12:19	

Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DEU ENTRADA COM TRAUMA E FERIMENTOS CORTO-CONTUSO DE FACE, ESCORIAÇÕES TAMBÉM EM FACE, TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E INTENSA DOR COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. REFERE TAMBÉM DOR ABDOMINAL E MAL ESTAR. EFO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RADIO E ULNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

CID10

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

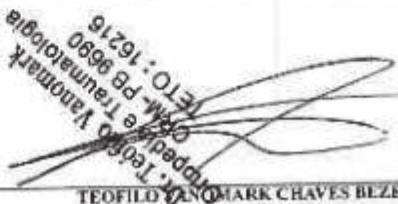
Usadrio
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA

Data e Hora
11/05/2019 23:12:18

Motivo de
Alta
**LTA
EDICA**

Observações
ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DEU ENTRADA COM TRAUMA E FERIMENTOS CORTO-CONTUSO DE FACE, ESCORIAÇÕES TAMBÉM EM FACE, TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E INTENSA DOR COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. REFERE TAMBÉM DOR ABDOMINAL E MAL ESTAR. EFO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RADIO E ULNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA


TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 11/05/2019 19:20:14

CLINICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-344 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 233722 Atd: Nao Regul
Data: 29/05/2019
Hora: 23:21:20
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4
Num. Prontuario: 2017.11.004452

Pac.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA
RG: 104044410802 Sexo: M IDENTIDADE: 4008443 Fone: 988263093

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1995 Id: 24 ano(s)

End.: RUA DESEMBARGADOR JOAO SANTA CRUZ, 1048 CARTAO DO SUS 704502320817819

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANA RAQUEL LAURENTINO

Pai: ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA

Cor: Parda Ethia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: VENDEDOR AMBULANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Formacoes de Entrada

Escolaridade:

Resp.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988263093 / IDENTIDADE: 4008443

Localizacao: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Causa de acidente por: NAO

Violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
	IP:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
	Altura:	☐ Hemorragia	☐ Dispneia
Glicemia:	IMC:	☐ Diarreia	☐ Agitado
Circ. Abd:	O2%:	☐ Regular	☐ Chocado
		☐ Vomito	
		Observacao	

Causa Principal

INTERCORRENCIA (SIC)

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Res an inicio de dor no joelho a direita a partir das 23h

Diagnostico

Conduta

Fratura do radio e (intra-articular).

Prescricao

Horario da medicacao

1. Voltaren 75mg
02x em (gastro).

Dr. [Assinatura]
Ortopedia
29/05/2019

10-11-68
10-12-68
10-13-68
10-14-68
10-15-68
10-16-68
10-17-68
10-18-68
10-19-68
10-20-68
10-21-68
10-22-68
10-23-68
10-24-68
10-25-68
10-26-68
10-27-68
10-28-68
10-29-68
10-30-68
10-31-68
11-1-68
11-2-68
11-3-68
11-4-68
11-5-68
11-6-68
11-7-68
11-8-68
11-9-68
11-10-68
11-11-68
11-12-68
11-13-68
11-14-68
11-15-68
11-16-68
11-17-68
11-18-68
11-19-68
11-20-68
11-21-68
11-22-68
11-23-68
11-24-68
11-25-68
11-26-68
11-27-68
11-28-68
11-29-68
11-30-68
12-1-68
12-2-68
12-3-68
12-4-68
12-5-68
12-6-68
12-7-68
12-8-68
12-9-68
12-10-68
12-11-68
12-12-68
12-13-68
12-14-68
12-15-68
12-16-68
12-17-68
12-18-68
12-19-68
12-20-68
12-21-68
12-22-68
12-23-68
12-24-68
12-25-68
12-26-68
12-27-68
12-28-68
12-29-68
12-30-68
12-31-68
1969
1-1-69
1-2-69
1-3-69
1-4-69
1-5-69
1-6-69
1-7-69
1-8-69
1-9-69
1-10-69
1-11-69
1-12-69
1-13-69
1-14-69
1-15-69
1-16-69
1-17-69
1-18-69
1-19-69
1-20-69
1-21-69
1-22-69
1-23-69
1-24-69
1-25-69
1-26-69
1-27-69
1-28-69
1-29-69
1-30-69
1-31-69
2-1-69
2-2-69
2-3-69
2-4-69
2-5-69
2-6-69
2-7-69
2-8-69
2-9-69
2-10-69
2-11-69
2-12-69
2-13-69
2-14-69
2-15-69
2-16-69
2-17-69
2-18-69
2-19-69
2-20-69
2-21-69
2-22-69
2-23-69
2-24-69
2-25-69
2-26-69
2-27-69
2-28-69
2-29-69
2-30-69
2-31-69
3-1-69
3-2-69
3-3-69
3-4-69
3-5-69
3-6-69
3-7-69
3-8-69
3-9-69
3-10-69
3-11-69
3-12-69
3-13-69
3-14-69
3-15-69
3-16-69
3-17-69
3-18-69
3-19-69
3-20-69
3-21-69
3-22-69
3-23-69
3-24-69
3-25-69
3-26-69
3-27-69
3-28-69
3-29-69
3-30-69
3-31-69
4-1-69
4-2-69
4-3-69
4-4-69
4-5-69
4-6-69
4-7-69
4-8-69
4-9-69
4-10-69
4-11-69
4-12-69
4-13-69
4-14-69
4-15-69
4-16-69
4-17-69
4-18-69
4-19-69
4-20-69
4-21-69
4-22-69
4-23-69
4-24-69
4-25-69
4-26-69
4-27-69
4-28-69
4-29-69
4-30-69
4-31-69
5-1-69
5-2-69
5-3-69
5-4-69
5-5-69
5-6-69
5-7-69
5-8-69
5-9-69
5-10-69
5-11-69
5-12-69
5-13-69
5-14-69
5-15-69
5-16-69
5-17-69
5-18-69
5-19-69
5-20-69
5-21-69
5-22-69
5-23-69
5-24-69
5-25-69
5-26-69
5-27-69
5-28-69
5-29-69
5-30-69
5-31-69
6-1-69
6-2-69
6-3-69
6-4-69
6-5-69
6-6-69
6-7-69
6-8-69
6-9-69
6-10-69
6-11-69
6-12-69
6-13-69
6-14-69
6-15-69
6-16-69
6-17-69
6-18-69
6-19-69
6-20-69
6-21-69
6-22-69
6-23-69
6-24-69
6-25-69
6-26-69
6-27-69
6-28-69
6-29-69
6-30-69
6-31-69
7-1-69
7-2-69
7-3-69
7-4-69
7-5-69
7-6-69
7-7-69
7-8-69
7-9-69
7-10-69
7-11-69
7-12-69
7-13-69
7-14-69
7-15-69
7-16-69
7-17-69
7-18-69
7-19-69
7-20-69
7-21-69
7-22-69
7-23-69
7-24-69
7-25-69
7-26-69
7-27-69
7-28-69
7-29-69
7-30-69
7-31-69
8-1-69
8-2-69
8-3-69
8-4-69
8-5-69
8-6-69
8-7-69
8-8-69
8-9-69
8-10-69
8-11-69
8-12-69
8-13-69
8-14-69
8-15-69
8-16-69
8-17-69
8-18-69
8-19-69
8-20-69
8-21-69
8-22-69
8-23-69
8-24-69
8-25-69
8-26-69
8-27-69
8-28-69
8-29-69
8-30-69
8-31-69
9-1-69
9-2-69
9-3-69
9-4-69
9-5-69
9-6-69
9-7-69
9-8-69
9-9-69
9-10-69
9-11-69
9-12-69
9-13-69
9-14-69
9-15-69
9-16-69
9-17-69
9-18-69
9-19-69
9-20-69
9-21-69
9-22-69
9-23-69
9-24-69
9-25-69
9-26-69
9-27-69
9-28-69
9-29-69
9-30-69
9-31-69
10-1-69
10-2-69
10-3-69
10-4-69
10-5-69
10-6-69
10-7-69
10-8-69
10-9-69
10-10-69
10-11-69
10-12-69
10-13-69
10-14-69
10-15-69
10-16-69
10-17-69
10-18-69
10-19-69
10-20-69
10-21-69
10-22-69
10-23-69
10-24-69
10-25-69
10-26-69
10-27-69
10-28-69
10-29-69
10-30-69
10-31-69
11-1-69
11-2-69
11-3-69
11-4-69
11-5-69
11-6-69
11-7-69
11-8-69
11-9-69
11-10-69
11-11-69
11-12-69
11-13-69
11-14-69
11-15-69
11-16-69
11-17-69
11-18-69
11-19-69
11-20-69
11-21-69
11-22-69
11-23-69
11-24-69
11-25-69
11-26-69
11-27-69
11-28-69
11-29-69
11-30-69
12-1-69
12-2-69
12-3-69
12-4-69
12-5-69
12-6-69
12-7-69
12-8-69
12-9-69
12-10-69
12-11-69
12-12-69
12-13-69
12-14-69
12-15-69
12-16-69
12-17-69
12-18-69
12-19-69
12-20-69
12-21-69
12-22-69
12-23-69
12-24-69
12-25-69
12-26-69
12-27-69
12-

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

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

1990 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

ASSIGNED

PROCEDIMENTO

DESTINO DO B
[1 Resident
[1 Alta a p

[1 Resident
[1 Alta a p

Assinatura

Assinatura e Carimbo do Medi



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Bruno Laurentino Gouveia Data da Admissão: 29/05/19.
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Pct foi operado hoje, teve alta hoje, volta
HDA: com dor EVA = 9.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

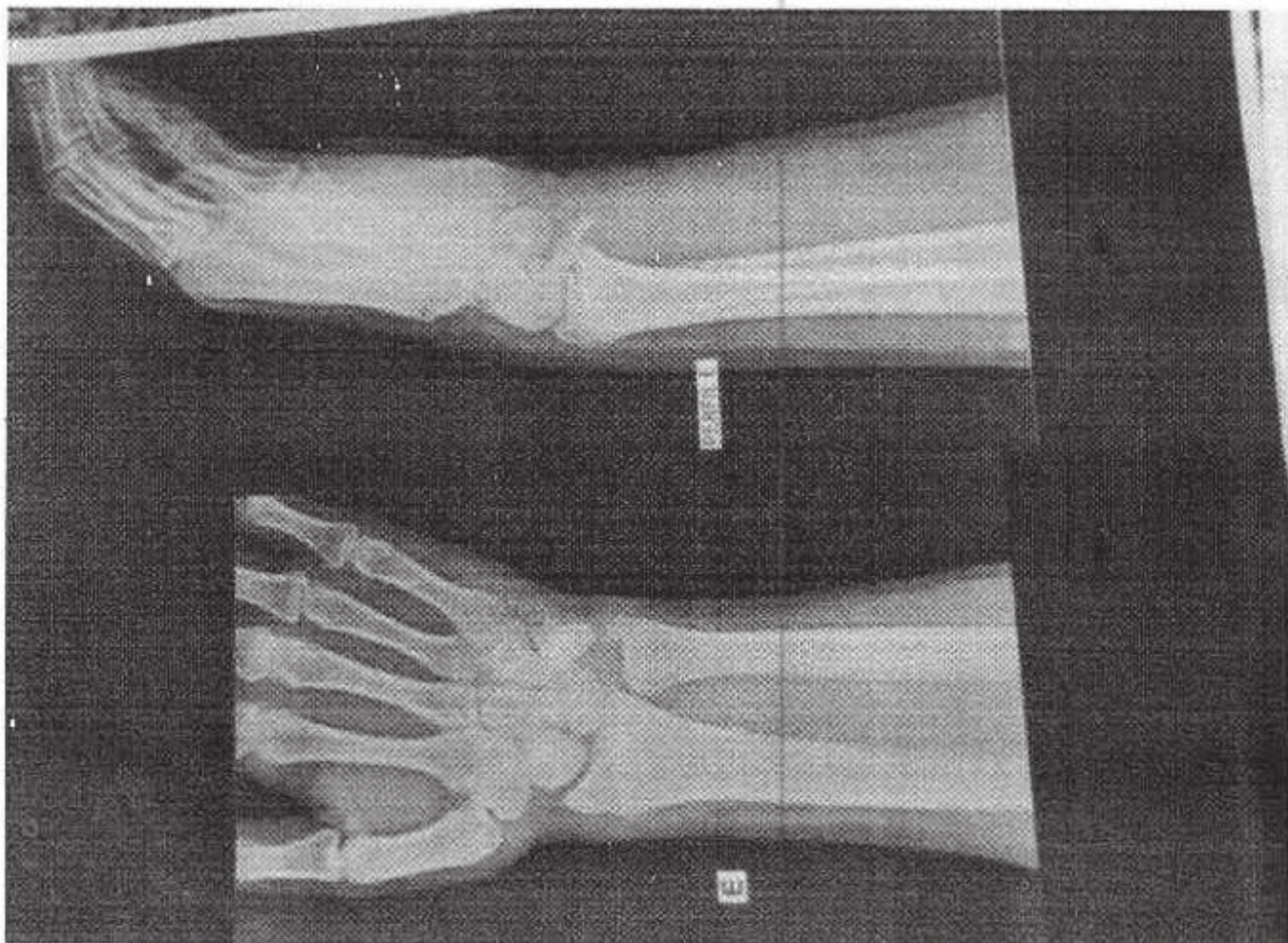
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx punho ~~em~~ AP-*

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura - luxação punho e*
tórax (medicito).

Conduta: *Re-intervenção p/ tratar dor.*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-004



ASSINATURA DO TITULAR

[Handwritten signature]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.008.443

DATA DE
EXPEDIÇÃO

17/11/2011

NOME

BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

FILIAÇÃO

ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA
ANA RAQUEL LAURENTINO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

12/05/1995

DOC ORIGEM

NASC.N. 5396 FLS. 27A LIV. A-6
CARTÓRIO 6º JOÃO PESSOA-PB

CPF

701.298.984-06

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRINHA NACIONAL DE VEICULAÇÃO			
NOME ALEXANDRE CESAR DUARTE			
FOT. IDENTIDADE (CMR) EMISSÃO DE 26/27/18		SEX M	
CN 045.502.754-74		DATA NASCIMENTO 21/08/1982	
NÚMERO ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE			
NÚMERO 01051299650		DATA 14/01/2019	
DATA 25/06/2001		DATA 25/06/2001	
ASSINATURA Alexandre Cesar Duarte			
LOCAL JOAO PESSOA, PB			
DATA 17/01/2014		DATA 17/01/2014	
DATA 17/01/2014		DATA 17/01/2014	
DATA 17/01/2014			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367913/19

Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

CPF: 701.298.984-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2019

Titular do CPF: BRUNO LAURENTINO
GOUVEIA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA : 701.298.984-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190597092

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597092 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/8 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597092 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/8 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75