

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta nº: 10788434

A/C: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170190655 ASL-0124166/17
Vítima: MATEUS ALDO SANTOS SILVA
Data Acidente: 01/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10813231

A/C: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Sinistro: 3170190655 ASL-0124166/17
Vítima: MATEUS ALDO SANTOS SILVA
Data Acidente: 01/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2017

Carta nº: 10933883

A/C: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Sinistro: 3170190655 ASL-0124166/17
Vítima: MATEUS ALDO SANTOS SILVA
Data Acidente: 01/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MATEUS ALDO SANTOS SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000002007-9**

Conta: **000000015793-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170190655 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MATEUS ALDO SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTA ISABEL nº 318 - NORDESTE II - GUARABIRA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3718274 - SSP**
Data local do exame: **27/04/2017 GUARABIRA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO NO DIA 01.12.2017 ONDE FOI INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. NO DIA 02.12.2016 FOI REALIZADO FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS, O MESMO PERMANECEU INTERNADO POR 24 HORAS E RECEBEU ALTA HOSPITALAR LOGO APÓS. AO EXAME: OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO DE 20° E DE DESVIO ULNAL DE 15°, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES. NO MOMENTO O PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA DEFINITIVA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 20° E DESVIO ULNAL DE 15° DO PUNHO DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PUNHO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - GUARABIRA, 27/04/2017

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB

Dr. Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14930



Seguros Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Mateus Aldo Santos SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 3718274EXPEDIDO POR SSDS/ PBEM 10/11/2007CPF 078347634-56 / CNPJ 000000000-00000-00PROFISSÃO Medico

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mateus Aldo Santos Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SCS DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2007 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0015793-7

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

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

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

Guarabira 94 de Fevereiro de 2007

LOCAL E DATA

Mateus Aldo Santos Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

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

**Bradesco****Dia & Noite**BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.006967

MATEUS ALDO SANTOS SILVA
AGENCIA 2007 CONTA 0015793-120:17 HRS
26/DEZ/2016

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

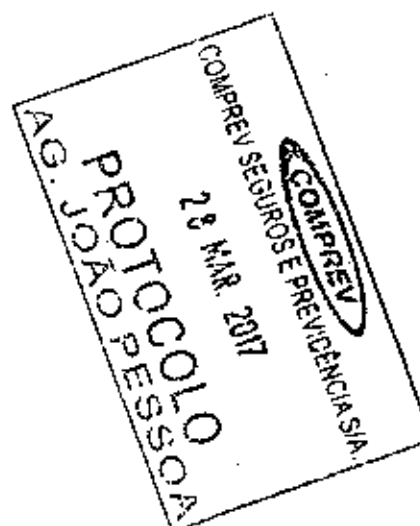
+ CONTA FACIL (C/C + POUPI)

TOTAL DE RECURSOS

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUPI)

-----NOVEMBRO/2016-----			
DIA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
	SALDO ANTERIOR		
30	TRANS SAL P/C/C 3002007		
	BCD:237 AGE:02007 CTA:0016301-5		
	SAQUE CC AUTOM 6967773		
	Ag02007maq006967seq0577330111316		
	TARIFA BANCARIA 0101116		
	CESTA B. EXPRESS04		
	S A L D O		
-----DEZEMBRO/2016-----			
06	TRANS SAL P/C/C 0602007		
	BCD:237 AGE:02007 CTA:0016301-5		
	SAQUE CARTAO CB 2007109		
	ESPECIE		
	S A L D O		
15	TARIFA BANCARIA 0081216		
	VR.PARCIAL CESTA B. EXPRESS04		
	S A L D O		
26	TARIFA BANCARIA 0081216		
	CESTA EXPRESSO 4		
	SALDO TOTAL		

Demonstrativo para simples conferencia.
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
 Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7270099.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet.





BOLETIM DE OCORRENCIA

Livro nº 002/2016/GTE/ Fls. Nº 84

Ocorrência nº. 361/2016

DOCUMENTO 1 *T196*



DESCRIÇÃO

Ao(s) VINTE E SETE (27) dias do mês de DEZEMBRO (12) do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Policia Civil do GTE, onde se achava presente o DEL. POL. HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Policia Civil, comigo escrivão de Policia Civil, ai pelas 11h00min compareceu,

Nome: MATEUS ALDO SANTO SILVA

Idade: 19 anos, nascido em 06/11/1997. Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Guarabira/PB
Estado Civil: solteiro

Profissão: gráfico

Filiação: Marcelo Laurentino da Silva e Sonia Maria Santos da Silva

Endereço: Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste II, Guarabira-PB

TELEFONE CONTATO: (83) 9936-1593

Carteira de Identidade: 3718274 SSP/PB

CPE: 078.347.634-58

HISTORICO.

Informa o noticiante que no dia 01/12/2016, por volta das 14H00MIN saia do trabalho em uma moto Honda CG 150 Titan KS, placa MOB 8277/PB, chassi 9C2KC0810BR001878, renavam 00127161465, cor cinza, ano/modelo 2007/2008, quando ao passar pela Avenida Pe. Inácio de Almeida, proximo as barracas de comercialização de fogos de artifício tentou ultrapassar outra motocicleta, vindo a se chocar na lateral da mesma; QUE caiu da moto, vindo a ser socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional, onde foi constatado fratura do rádio distal direito e escoriações no joelho da perna esquerda; QUE diante da gravidade foi socorrido para o pronto Socorro de Fraturas desta cidade onde passou por intervenção cirúrgica (CID 10S52 3), estando afastado do trabalho até a presente data; QUE é habilitado na categoria AB, CNH nº 06594118597. Nada mais havendo a consignar, ciente o (a) noticiante das implicações legais contidas no artigo 299 do código penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não porte a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo noticiante.

Mateus Aldo Santos Silva
Assinatura do (a) noticiante.

ELIAB DA COSTA PINA
Escrivão de Policia Civil

Matr. 155.120-5



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA
RUA SIQUEIRA CARPOS, 19 - CENTRO

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original, que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365 - III do CPC)

Santa Rita-PB, 30/01/2017

Selo Digital: A0024799-AHEI

Acesse o site: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Envio para o Arquivo do Juiz de Direito da 1ª Vara Criminal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2016

Ocorrência nº. 014/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) , aí, por volta 11h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, conhecido(a) por , Identidade nº 3718274-SSP/PB, CPF nº 078.347.634-58, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: gráfico, filho(a) de Marcelo Laurentino Da Silva E Sônia Maria Santos Da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 06/11/1997 (19 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Isabel, Nº 318, Nordeste II, Guarabira/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 9936-1593.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** Retificação de BO nº 361/2016;
- 2) **data do fato:** 01 de dezembro de 2016;
- 3) **Horário do fato:** 14h:0min;
- 4) **Local do fato:** Avenida Pe. Inácio de Almeida, Guaabira/PB.

5) Breve resumo do fato:

Informa a noticiante que em retificação ao BO nº 361/2016, datado de 27/12/2016, a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA MOB 8277/PB, CHASSI 9C2KC0810BR001878, RENAVAM 00127161465, ANO/MODELO 2007/2008, encontra-se em nome de sua genitora SONIA MARIA SANTOS DA SILVA.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

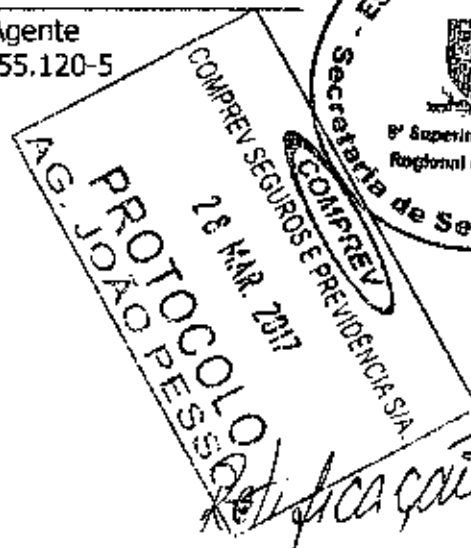
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Mateus Aldo Santos Silva

MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 155.120-5





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Octeus Aldo Santos Silva, portador da
carteira de Identidade nº 3418274 e inscrito no CPF nº 078.344.634-58
residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, 318 Bairro Nordeste
Cidade Guarabira, Estado Pernambuco,

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

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da
Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da
lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Octeus Aldo Santos Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira/PB - 24/02/2017

Local e data

	28 MAR 2017	PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA
	COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A	

3º Batalhão de Bombeiro Militar
Pelotão de Atendimento Pré-Hospitalar

999361593

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 01/12/2016		Ocorrência Nº: 06	VTR: M-35	Ponto Base:
Hora de aviso: 14:15		Hora de saída: 14:15	Hora no local: 14:18	Hora no hospital:
VTR de apoio:				
Endereço: AV. Padre Inácio de Almeida				
Complemento:		Bairro: Centro	Nº:	
Ponto de referência: Barragem de Engenheiro		Cidade: Guarabira		
Nome: Rafael Aldo Lanza Silva				
Raça:	☐ Negro	☐ Pardo	☐ Branco	☐ Indígena
Idade: 19		Sexo: ☒ M ☐ F		
Endereço: R. Santa Isabel, 518		Telefone:		
Bairro: Santa Isabel		Cidade: Guarabira		
Colisão: ☒ Não ☐ Sim				
☐ Vítima de queda: _____ metros				
☐ Ferimento por arma de fogo	☐ Queda de moto	☐ Afogamento	☐ Crise Convulsiva	
☐ Ferimento por arma branca	☐ Atrópelamento	☐ Urgência Cardíaca	☐ Suicida	
☐ Agressão física	☐ Queda de bicicleta	☐ Urgência Respiratória	☐ Socorrido por 3º	
☐ Capotamento	☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	☐ Recusa	
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio	☐ QTA () COCB () Outros	
☐ Intoxicação: Agente:	☐ Alagamento	☐ Grau(s): _____ Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão):		
☐ Queimadura: Agente:	☐ Transporte: Origem:	☐ Destino:	☐ Outros:	
Condições de segurança:				
Ativação do air bag: ☐ sim ☒ não	☐ Em automóvel	☐ Condutor	☐ Decúbito ventral	
Usava capacete: ☒ sim ☐ não	☐ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro	☒ Decúbito dorsal	
Usava cinto: ☐ sim ☒ não	☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro	☐ Decúbito lateral	
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☒ não	☐ Pedestre	☐ Garupa/carona	☐ Desambulando	
Outros:	Outros:	Outros:		
Localização das lesões:				
01. Abrasão		A. Ventilação		
02. Amputação		B. Ventilação		
03. Avulsão		C. Ventilação		
04. Contusão		D. Ventilação		
05. Empalamento		E. Ventilação		
06. Encravamento		F. Ventilação		
07. Emagamento		G. Ventilação		
08. FAF		H. Ventilação		
09. FAF		I. Ventilação		
10. Fratura aberta		J. Ventilação		
11. Fratura fechada		K. Ventilação		
12. Laceração		L. Ventilação		
13. Luxação		M. Ventilação		
14. Paralisia		N. Ventilação		
15. Queimadura		O. Ventilação		
16. Outros: cont		P. Ventilação		
Abertura ocular		Pulso: radial ☐ Normal ☐ Clonico		
Melhor resposta verbal		Pulso: braquial ☐ Fria ☐ Ictérico		
Melhor resposta motora		Pulso: carotídeo ☐ Quente ☐ Pálido		
Total		Pulso: normal ☐ Sudoroso ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: diminuído ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: ausente ☐ Ausente ☐ 2 segundos		
		Pulso: normal ☐ Normal ☐ 2 segundos		
		Pulso: aumentado ☐ Normal		

CONFERE COM O ORIGINAL

Quantidade	Nome de guerra	Matrícula	Posto	Nome	CSU
1	Chefe	585.85	1-551	Dono	
1	Sacrista 1	587.406-1		O. Santos	
1	Sacrista 2	585.94-2		Guimarães	
1	Condutor				

Nome: Dr. Luis Paulo de Bonafide

Profissão: Medico

Endereço:

Telefone:

Outros:

Quantidade	Nome de guerra	Matrícula	Posto	Nome	CSU
1	Chefe	585.85	1-551	Dono	
1	Sacrista 1	587.406-1		O. Santos	
1	Sacrista 2	585.94-2		Guimarães	
1	Condutor				

Nome: Dr. Luis Paulo de Bonafide

Profissão: Medico

Endereço:

Telefone:

Outros:

Receptor (assinatura e carimbo):

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

TESTEMUNHA 3

TESTEMUNHA 4

TESTEMUNHA 5

TESTEMUNHA 6

TESTEMUNHA 7

TESTEMUNHA 8

TESTEMUNHA 9

TESTEMUNHA 10

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

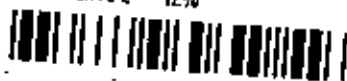
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000015793-7

Nr. Autenticação

BRADESCO040520170500000000002370200700000001579384375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

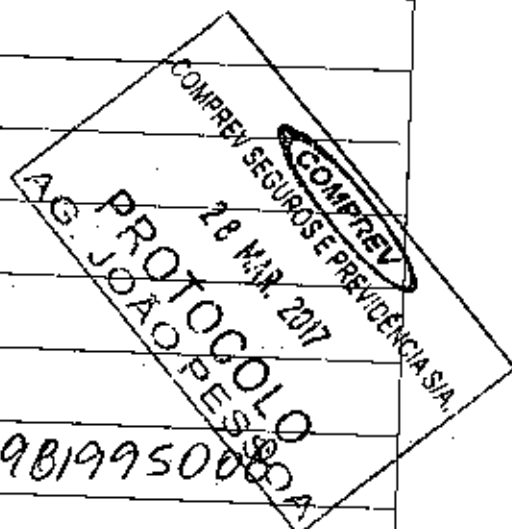
Eu, Netheus Aldo Santos Silva

RG nº 3.718.274, data de expedição 10/11/2008

Órgão SSDS/PB, CPF nº 078347634-58, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santo Isobel</u>
Número	<u>318</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Nordeste</u>
Cidade	<u>Guarabira</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 998134333 (83) 981995000</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira PB 24/02/2017

Netheus Aldo Santos Silva

Assinatura do Declarante



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE GUARABIRA
Rua Felício Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58.015-504 - CNPJ 08.423.854/0001-87

PARA CONSULTA COM CAGED
INTERESSADO NÚMERO

22703667

REFERENCIA

DEZ/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SOARES DOS SANTOS
RUA STA ISABEL, 318 - 00000

NORDESTE

58200-000

GUARABIRA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
053.06.22.10053	0	1	0	0	0	22703667
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N221545	15/05/2013	4	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	MIN. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
943	963	20	29	01/01/2017		
MIST. DE CONS./ANOR. LEIT. + QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.714/2011-MS						
JUN/2016	17	0	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUL/2016	20	0	COR	13	72	72
AGO/2016	19	0	COL. TOTAIS	64	78	78
SET/2016	18	0	CLOSO	64	91	91
OUT/2016	20	0	TURBIDEZ	13	68	67
NOV/2016	18	0	COL. TERMOI	0	0	0
MEDIA(M)	20		DADOS REFERENTES A: OUT/2016			

DATA DA LEITURA:	02/10/2016	MORA DA LEITURA	10:38:51	
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIA, CONSUMO ATE 10m	10	32,73	26,22	R\$59,00
DE 11m A 20m	10	42,30	33,80	R\$76,10
TOTAIS		75,03	60,02	
047-JUROS FE MORA				R\$0,22
050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT.				R\$2,82
912-DOACAO A ENTIDADE BENEF-AM				R\$2,00

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$12,82 PIS E COFINS: LII 12.741/12

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

02/01/2017

R\$180,14

16-2 R-1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIORES

NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
28 MAR. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

Eu, SONIA MARIA SANTOS DA SILVA,
RG nº 2.150.432 data de expedição 08/09/1997 Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 001.271.614-65, com Domicílio na
cidade de GUARABIRA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. SANTA ISABEL,
nº 318, 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 MATEUS ALDO SANTOS SILVA,
cujo o condutor era Mateus Aldo Santos Silva.

Veículo: MOTO
Ano: 2007 - 2008
Modelo: HONDA CG 150 TITAN XS
Placa: M.O.B. 8277
Chassi: 9C2KCO810BRO01878
Data do acidente: 01-12-16

Local e data: Guarabira/PB-28/12/2016

Adriana Maria Santos da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Matheus Aldo Santos Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (**Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade**) Descrição do Status

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

X matun Albo sonito silver

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (**Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade**) Descrição do Status

CARTÓRIO
Lima e Moura
Fone: (61) 333-1111

FP **FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial**
Praca Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira/PA
Cep: 50.200-000, phone: (51) 3271-2849
E-mail: fatima@fatimapaolino.com.br

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) **Carteira(s) de Identidade** de **DAISIA MARIA SANTOS DA SILVA**, inscrita no **CPF nº 000.000.000-00**, residente e domiciliada em **Guarabira/PA**, inscrita no **RG nº 000.000.000-00**, em testilha verdadeira. Guarabira/PA, 28/12/2018. H: 14:03.

Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
2018-009106 JEM/LRS: 00:49 FAPENRS: 0,25 FEPJRS: 1,70 ISSJRS: 0,42

SELO DIGITAL: AEB8983-2825

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FP FÁTIMA PAULINO
Serviço Notarial

Fátima Paulino - Serviço Notarial
Rua Lima e Almeida, 10 - Centro - Curitiba-PR
CEP: 81010-000 FONE: (41) 3337-1000
E-MAIL: con@selodigital.com.br / fatima@con.br

heronheco, caso autenticar e verdadeira a(s) Exatidão de Fato:
MATEUS ALDO SANTOS SILVA
XX
XX
Ca Testada Verdade = Guarabira PB 28/12/2016 15:40h
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
12016-09120 PBL-RS RB 49 TAPEN-RS 0,25 FEPO-RS 1,70 ISS-RS 0,42
SELO DIGITAL: AEXB8998-NUEX
Confirmação autenticidade em: <https://selodigital.com.br/josabr>



1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

01/12/2016 14:21

08.778.268 HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
Complexo de Saúde da Família de Guarabira
At. Primário - 447 - Guarabira
ATEND POR: LUIZ

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A)

SUS: 206643090080008

DN: 06/11/1997

19 ANOS

ENDEREÇO: RUA SANTA IZABEL, 318

BAIRRO: NORDESTE I

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: SONIA MARIA SANTOS DA SILVA

PAI: MARCELO LAURENTINO DA SILVA

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE☐ 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.☐ 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.☐ 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO☐ OUTRO HOSPITAL☐ OBITO☐ RESIDENCIA☐ INTERNAÇÃO☐ AMB. /SUS☐ OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

SRL 500

TILUSTIL 40 - 10/30/15

7. DIAGNOSTICO:

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TÉCNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

Francisco Claudio A. Ferreira
MÉDICO
CRM-PB: 5438PROTÓCOLO
28 MAR. 2017
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

DOCUMENTO 5 *T596*

CONF. ORIGINAL
COM O ORIGINAL
13/12/16Almir Carlos da Silva
Diretor Administrativo - FIS
MAT. 454.255.7feito
Sônia A. de Sousa
Enfermeira
17.28.2975

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

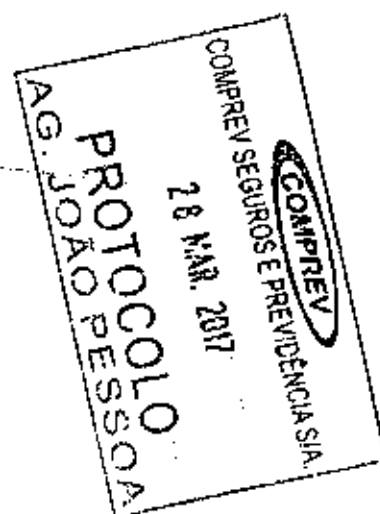
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, MATEUS ALDO SANTOS SILVA estudante, brasileiro, residente e domiciliada à rua Santa Isabel Nº 318, bairro- Nordesete, Guarabira-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, no dia 01/12/2016, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio distal Dir. CID 10 S52.3, vítima de acidente de motocicleta (SIC), submetido a tratamento Cirúrgico no dia 02/12/2016 com quadro clinico exame realizado raios x do Punho dir e imobilização Tala gessada tipo Luva, retornou no dia 15/12/2016 para avaliação médica, conforme fica de arquivo Nº 339.914/2016, arquivado e registrado em nossos arquivos.

Guarabira, 27 de Dezembro de 2016.

Ass: _____

M. Temístocles de Oliveira Junior Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM - PB 7673



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARAI

PROSFRAG



*Fract
punha*

GUARABIRA - PARAIBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORREN
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 927/2016

Nome: JOÃO ALDO SANTOS SILVA
 Sexo: MASCULINO Naturalidade: GUARABIRA - PB
 Data de Nascimento: 06.11.97
 Endereço: RUA DA PAZ, 318 - JARDIM - GUARABIRA
 Fone: _____ Documento: RG. 3.718.274/SSP-PB
 Responsável: JOÃO ALDO SANTOS SILVA
 Endereço: SONCIA ALGUA SANTOS SILVA
 Fone: 078.347.634.58

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apoio: Enfermeira
 Categoria: Particular ☒ ☐ A.I.N. Nº _____
 Data da Entrada: 02.12.2016 Hora da Entrada: 11.00h

Proteic
 Recepcionista

Dr. Penastorlos Junior
 Médico Plantonista

CRM: 7618

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna - do para Diagnóstico
 - 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação
 tratamento em regime ambulatorial.

Data: 03.12.2016

Dr. Tenistodes da Alameda Ribera Filho
 Ortopedia e Traumatologia

ANAMNESE:

Queixa Principal: *dor e edema em punho*

Histórico da Doença Atual:

*Exame físico, após avaliação de mobilidade (exame de movimento)
 Exame físico, após avaliação de mobilidade (exame de movimento)*

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ T.P.R. _____ PESO _____ PULSO _____
Mucosas: _____ Est. Geral: _____

Diagnóstico Inicial: *Lesão de tecido mole*
C.I.D. _____
Procedimento Solicitado: _____
Diagnóstico Definitivo: *Lesão de tecido mole*
C.I.D. _____
Diagnóstico Secundário: _____
C.I.D. _____
Procedimento Realizado: *Procedimento cirúrgico (Redução + Fixação)*
Observações: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado
plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE GUARABIRA, que o assistem para
promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizar as intervenções que
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todos os procedimentos gerais,
contidas no Regulamento do Hospital.

Guarabira, *01 de Dezembro* de *2016*.

Ass. do Paciente ou Responsável
Ass. do Paciente ou Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P: 910

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEÇÃO DIREITO

MATEUS ALDO SANTOS SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 718 274

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/11/97

NOME MATEUS ALDO SANTOS SILVA

FILIAÇÃO MARCELO LAURENTINO DA SILVA

SONIA MARIA SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA - PB

DATA DE NASCIMENTO 06/11/1997

DOC. ORIGEM NASC. N. 42486 ELS. 219 SILVA

CARTÓRIO GUARABIRA - PB

CPF 107803471634-58

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

AG. PRO. 28 MAR 1998

COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

IDENTIFICAÇÃO

VITÍMA Mateus Aldo Santos SilvaDATA DO ACIDENTE 01-12-2016 CPF DA VITÍMA 018.347.634-58

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITÍMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITÍMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Santa IsabelNº 318 COMPLEMENTOBAIRRO NordesteCIDADE GuarulhosUF SPCEP 58200-000

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITÍMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITÍMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITÍMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVE

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITÍMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITÍMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITÍMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITÍMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA.

LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

• PARA COMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/02/2017

IDENTIDADE

3.718.274

ASSINATURA

X Mateus Aldo Santos Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170190655 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS ALDO SANTOS SILVA **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170190655 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS ALDO SANTOS SILVA **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 20° E DESVIO ULNAL DE 15° DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO NO DIA 01.12.2017 ONDE FOI INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. NO DIA 02.12.2016 FOI REALIZADO FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS, O MESMO PERMANECU INTERNADO POR 24 HORAS E RECEBEU ALTA HOSPITALAR LOGO APÓS.
AO EXAME: OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO DE 20° E DE DESVIO ULNAL DE 15°, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES.
NO MOMENTO O PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

