

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Nº Sinistro: 3180554520

Vítima: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554520**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

917.027.044-91

Nome completo da vítima

Fernando Francisco de Farias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Fernando Francisco de Farias	CPF titular da conta	917.027.044-91	Profissão	Encarregado	
Endereço	Cirilo Díaz	Número	15	Complemento		
Bairro	Tibiri II	Cidade	Manoel Ribeiro	Estado	PB	
Email					CEP	58300-000
				Telefone (DDD)		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0037		00146944	8

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Local e Data

Fernando Francisco de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02137.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02137.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:10 horas do dia 07 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fernando Francisco de Farias**, CPF nº 917.027.044-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Encarregado, filho(a) de Maria Antônia de Farias e Francisco Lucas de Farias, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 26/04/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cirilo Dias, Nº 15, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Colégio Anibas Limeira, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98120-8609.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Arnóbio Marojas, Posto de Combustível, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

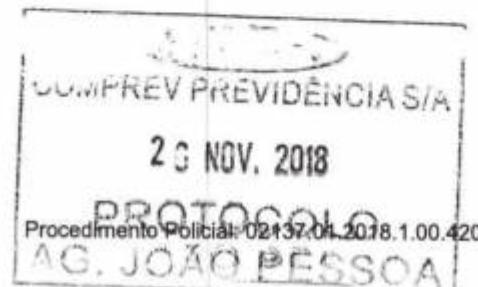
QUE trafegava com o seu veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/XRE 300, ano e modelo: 2017/2018 Dde cor verde, placa: OFH 1701/PB, Chassi nº 9C2ND1110JR100053, registrado em nome do notificante; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão, quando um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar a marca e modelo nem placa do mesmo passou pelo notificante chegando a tocar guidão com guidão, vindo o notificante a quebrar o dedo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1484/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de novembro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS
Noticiante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Fernanda Francisco de Faria CPF da Vítima 917.027.044-91 Data do Acidente 09/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____ de _____
Local e Data

UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 NOV. 2018
PROTÓCOLO
M. JOÃO PESSOA

Fernanda Francisco de Faria
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Fernanda Francisco de Faria
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCO
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 137209 Atd: Nao Regulado
Data: 16/06/2018
Hora: 21:20:31
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2
Nome: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS Num. Prontuario: 2018.06.001207
CNS: 700001046622808 Sexo: M IDENTIDADE: 1669226 Fone: 81208609
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/04/1977 Id: 41 ano(s)
End.: RUA SIMON BOLIVAR, 462
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Mae: MARIA ANTONIA DE FARIAS Pai: FRANCISCO LUCAS DE FARIAS
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ENCARREGADO SEM ESPECIFICA, -AO Estado Civil: NAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS
/Doc. Responsavel: 81208609 / IDENTIDADE: 1669226
Procedencia: RESIDENCIA

...ansporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violênciapor: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: VERDE			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispinea
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Eixos Principais:		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

NUMA EM DEDO DA MÃO ESQUERDA
fx em 5º Dedo da mão ESD há 8 dias. C/ indução de TTO
anterior. n/a dor fixa.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico | Conduta

Prescricao internamento. | Horario da medicacao

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AC. 4040 PESSOA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura de quinto metacarpo esquerdo com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução com uso de intensificador de imagem

Redução de fragmentos ósseos do Metacarpo

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em metacarpo

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala em garrafa

OBS:

UNIFREV PREVIDÊNCIA SIA
23 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 19/06/18

Dr. Foran Augusto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6127 - PB
CRM 10710 - PE
MÉDICO/CRM

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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000146944-8

Nr. da Autenticação 12FC3DEAC649D7C0



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 11.123.854/0001-87

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70432330

~~RECOMMENDATION~~

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2018

**FERNANDO FRANCISCO DE FARIA
RUA CIRILO DIAS, 15 - JARDIM EUROPA I SANTA RITA
PB 58300-000**

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Bebida	Comestivel	Industrial	Resíduo	
003.013.083.0310.000	(00)		1	11	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V11X176582	23/11/2011	EXT LACRILICADO	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m ³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
643	657	14		32	15/07/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
MAI/2018	9	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2018	9	0	TURBIDEZ	79	86	86	
MAR/2018	10	0	CLORO	79	86	86	
FEV/2018	9	0	COL.TERMOT	0	0	0	
JAN/2018	10	10	COR	20	86	86	
DEZ/2017	13	0	COL.TOTAIS	79	86	86	
MEDIA(m ³)	10		DADOS REFERENTES A: ABR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 18/06/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 12:14:40

CONSUMO TOTAL (R\$)

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	4 M3	19,56
ESGOTO		

VALOR ARROXUADO DE TRIBUTOS: R\$ 5.32 R\$ 15.6 CONETHS LET 32.741/12

VENCIMENTO: 28/06/2018 **VALOR:** R\$ 57,47

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONCEITO DE SATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARTIFA: 1

卷之三

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO: EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM D?BITO. COMPARTE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO PENDEÇA ALGUMA D?BITO, A DATA INDICADA PESQUISAR.

CAGEPA
COMPAGNA DI AGUA FERROCCIO DA PAGNA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VALOR TÍCICO	TOTAL A PAGAR
20132330	JUN/2018	28/06/2018	R\$ 57,47

826200000000 6 574700106013 9 07013233001 3 06201870003 9



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AUGUSTO JOSE COSTA QUARTE, 157 / SALA 28 - MARQUES
DIAOPESCA - FONE: 3155-2142

On page 2015-018 Reference 01101018
CaseGroup: GENERAL-GENERAL-GENERAL-GENERAL
Page 12 of 480 12 of 480 GENERAL-GENERAL-GENERAL-GENERAL

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010 842 224-46
UC (Unidade Consumidora):			5/1698358-7
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura			
22/03/19	2530	13/04/19	3074			44
Demonstrativo						
001 Detrigás		Quantidade Tarifada	Vaz. Borr. Obs. Aq. Inv. (3) Série (1) Perí. (1)	Consumo		
		Tarifado Totalizado (1) (10340) (1034)	Consumo Totalizado (1) (10340) (1034)			
0001 Consumo (1034)	-104.000 0.000000	110.72	178.78-25	44.94	138.78	11
0001 Alt. B Vermelha		11.72	15.72-25	2.83	15.72	0.17
VALORES DE SERVIÇOS						
0007 CONTRIB SERVIÇOS PÚBLICA		11.72	0.00-0	0.00	0.00	0.00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** 10/05 **TOTAL A PAGAR**

28/10/2018 (kWh) R\$ 207,23

acb7-d360-4152-6dfc-e508-1855-4f76-7143

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIURNAL	100,00	6,00	NORMAL	0,00	
ESTACIONAL	100,00			0,00	
ANUAL	220,00			0,00	
SEMANAL	5,00	0,00	CONTRATADA	0,00	
SEMANAL	5,00	0,00	ESTACIONAL	0,00	
SEMANAL	5,00	0,00	UNITE SUPERIOR	0,00	
ANUAL	100,00			0,00	
				Total	207,20
					100,00

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

PARAIBA
Pefaz: 11-8-200-450
Matrícula: 1638350-2016-1046
29/10/2018 R\$ 207,23

PRÉVÉDÉNCIA SIM
25 NOV. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESCE

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Edmundo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.025-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Serimando Francisco de Faria inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.027.051-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Serimando Francisco de Faria inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.027.051-91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Além te Fiscal José G. de M. de Oliveira</u>	Número	<u>157</u>	Complemento			
Bairro	<u>Morumbi</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>98663-4960</u>	Telefone celular (DDD)			<u>99342-3170</u>

João Pessoa 21 de novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante


 25 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 JOÃO PESS

CERTIDÃO

Nº. 1484/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 135331 e Prontuário nº 2018.06.001207 pertencentes a **FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS** que foi atendido dia 09/06/2018 ás 22H02min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º quirodáctilo de mão esquerda. Alta a pedido dia 07/06/2018. Retornou dia 16/06/2018 ás 21h20min com ficha nº 137209 apresentando fratura em 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/06/2018 com alta médica dia 20/06/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16/10/18

Nome: Fernando Freire de Freitas
 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: Fixo em 5º andar escada b1 + elev c/ f+ da 5º

HDA: _____

Paciente acometido nesse episódio há 7 dias c/ febre 38,5º
doença. Negou-se a internar-se. Retém febre quente
todo dia.

Medicações em uso: Não.

2018 PREVIDÊNCIA SIA
20 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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: []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____



Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

AR: _____

25 NOV. 2018

ABD: _____

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fx de Fd de Tº do E c/ desvio

Conduta: ① intenso p/ TJD auxílio

② Sulcris - op

③ imobilizar

Dr. João Paulo Primo

Chirurgião Traumatologista

C.R.N. 3048/TEOT 15500

Nome: <i>FERNANDO FRANCISCO DE FARIA</i>				Registro:	
Idade: <i>41 A</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>19 / 06 / 2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do quinto Metacarpo Esquerdo</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			COMPREV PREVIDÊNCIA S/A		
Descreva:			23 NOV. 2018		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA		
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Leonardo Francisco de Yariv

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 135331 Atd: Nao Regulado
Data: 09/06/2018
Hora: 22:02:43
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA FAF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.001207

CNS: 700001046622808 Sexo: M IDENTIDADE: 1669226 Fone: 81208609

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/04/1977 Id: 41 ano(s)

End.: RUA SIMON BOLIVAR,462

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: MARIA ANTONIA DE FARIAS Pai: FRANCISCO LUCAS DE FARIAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ENCARREGADO SEM ESPECIFICA, -AO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Tel/Doc. Responsavel: 81208609 / IDENTIDADE: 1669226

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violência por: EM SANTA RITA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
TRAMUMA EM MSE		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

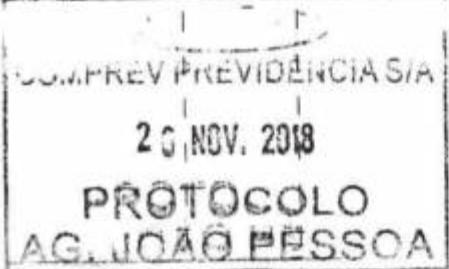
| Horario da medicacao

COMPRAV PREVIDENCIA S/A
20 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

X *Leonardo Francisco de Souza*
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Fernando F. de Farias IDADE: 41a
DESTINO: Ortopedia DATA E HORA DA ADMISSÃO: AS 10 H
CONTATO PRÉVIO: Rogelio DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 09/06 AS 24 H 20.
Geneca

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____

Paciente apres. dor + limitação do movimento em 5º duto da mão e, após queda a moto.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

cotovu 75mg IM
deadeou 4mg IM

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Anamnese + exame físico + Rx

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA – INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Fratura faiâuge proximal
do 5º duto da mão (E)

OBSERVAÇÕES:

UPA24h PREVIDÊNCIA S/A

23 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dra. Poliana Souza F. P. Cesario
Médica

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: CRM-PB 1053 CRM-EPE 19596

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: CRN 701 0048 8901 7153

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME FERNANDO FRANCISCO DE FARIA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 41 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 16/06/2018		DATA DE ALTA 20/06/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do Metacarpo CID					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO <input type="checkbox"/>					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de *fratura do metacarpo* foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **PROFENID, CEFALEXINA**

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

20/06/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

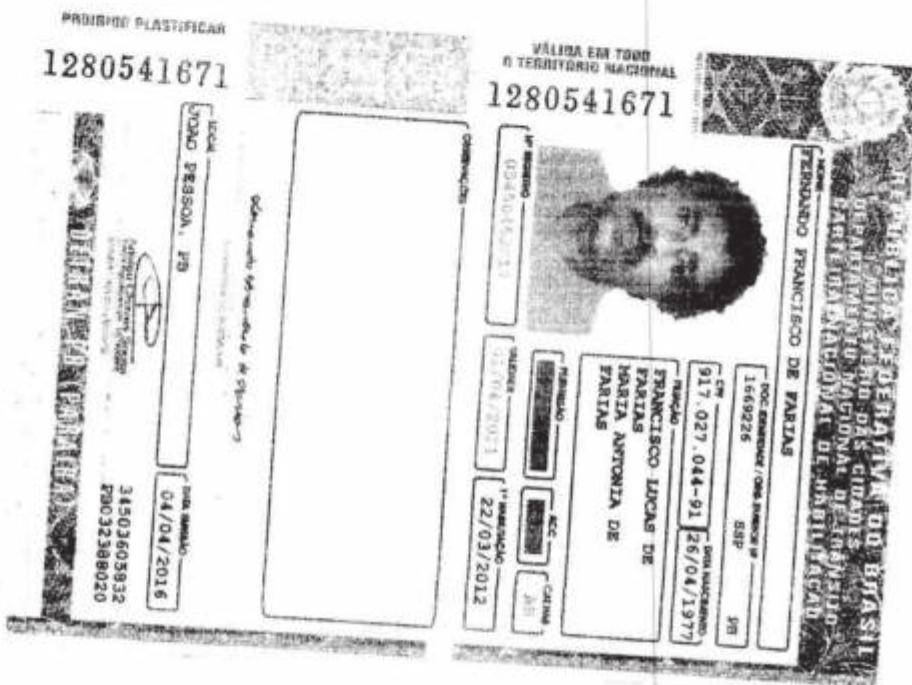
*Dr. Augusto
Ortopedia
20/06/18
PF*

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

*20/06/2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
INTERVENÇÃO*

PROIBIDO PLASTIFICAR

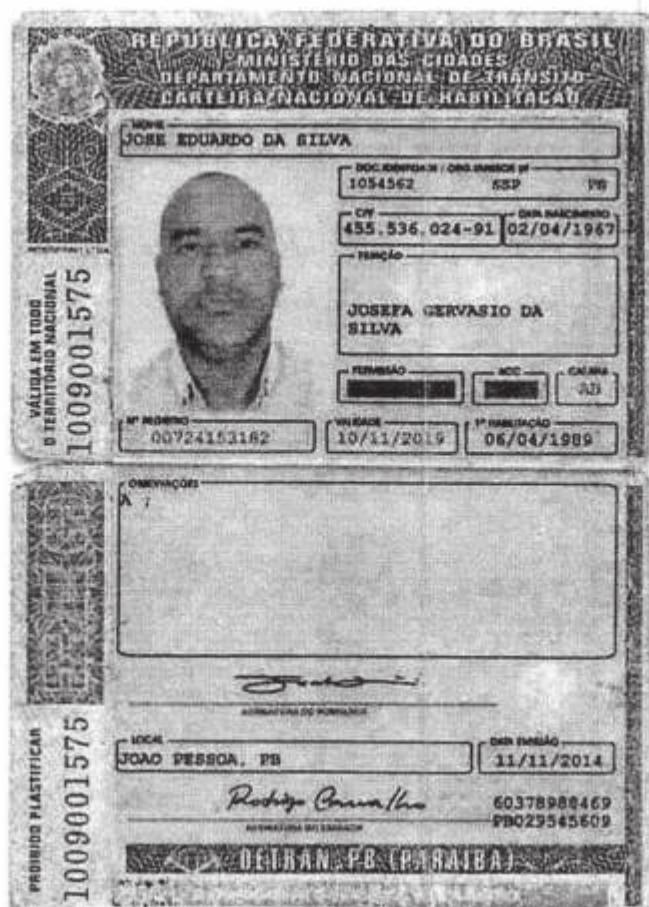
1280541671



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 NOV. 2018

PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA.





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554520 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fernando Francisco de Farias, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Encarregado, CI RG nº 1669226, CPF/MF nº 917.027.044-91, residente e domiciliado(a) à Rua Rua Cirilo Dias, 15- Jardim Europa Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58300-000, telefone 83-98663-4900 99342-3370.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

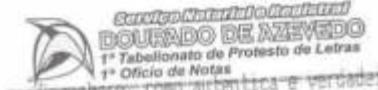
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 18 de novembro de 2018

DOURADO
DE AZEVEDO

Fernando Francisco de Farias

OUTORGANTE



BOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) que

fernando francisco de Farias
En testi da verdade. Santa Rita-PB 08/11/2018 12:10:47
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrivente Substituto
[2018-008808]EMOL:R\$ 89,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJAF:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHT42892-4900
Confira a autenticidade em <https://coladigital.tinb.inr.br>



gerlane
[Signature]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426397/18

Vítima: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

CPF: 917.027.044-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS : 917.027.044-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA