

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190576928 Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Data do Acidente: 10/12/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576928

Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190576928 Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Data do Acidente: 10/12/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

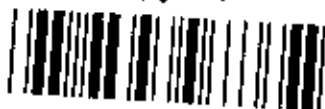
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Nº DO



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, Alexandre Moura de Souza
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.607.393 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 01/03/18 E
CPF 092713864-46 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alexandre Moura de Souza, 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 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\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como 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 SISDPVAT 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0527-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17871-3

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.

Bomameson, 03 de Outubro de 2019 e Alexandre M. de Souza
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 de 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.

03/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:28:37
052715807 0054
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA
AGENCIA: 0527-4. CONTA: 17.871-3 VAR:51
=====

DATA	03/10/2019
NR. DOCUMENTO	5.271.580.700.054
VALOR DINHEIRO	2.00
VALOR TOTAL	2.00

=====

NR. AUTENTICACAO	9.407.8F0.E04.A90.E1F
------------------	-----------------------

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

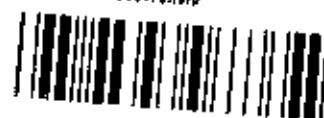
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2018
Folha nº. 075
Ocorrência nº. 145/2018

Boletim de ocorrência

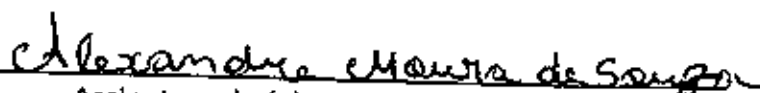


DESCRIÇÃO:

Aos vinte e dois(22) dias do mês de Maio (05) do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Bananeiras/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Francisco Deusdedit Leitão Filho, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo escrevã (o) de seu cargo, aí pelas 08h41min, compareceu o (a) Senhor (a):

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA
Idade: 34 anos, nascido(a) em 05/01/1984
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Sapé/PB
Filiação: João Francisco de Souza e de Maria salete de Moura
Estado Civil: União estável
Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Orlando Cavalcante de Melo, s/nº, Bananeiras/PB
Graus de Instrução: Alfabetizado
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:
RG: 2.607.393 – SEDS/PB
C.P.F.: 092.113.864-46

HISTÓRICO: Noticiou que no dia 10 de dezembro de dois mil e dezesseis, por volta das 08h:00min, na rua Pres. João Pessoa, no centro desta cidade, conduzia a motocicleta Honda/CG 125, placa MNZ-2385/PB, cor preta, ano/modelo 2007, chassi nº 9CZJC30707R180489, Cód. Renavam 96740906-6, e quando estava estacionando, veio um motociclista não identificada e atingiu a traseira de sua motocicleta, derrubando-a; Que em decorrência do choque o noticiante sofreu fratura exposta na perna esquerda, sendo socorrido e encaminhado de imediato para o Complexo Hospital Mangabeira, Governador Tarcísio Burity, na capital do estado. Que em decorrência da gravidade do acidente, o noticiante permaneceu internado por 11 dias na Unidade Hospitalar, por ter sido submetido a procedimento cirúrgico. O noticiante não apresentou o Boletim de acidente de trânsito, por tanto arrola como testemunhas: MARIA DO CARMO MOURA e JURANDRI APRIGIO DE MIRANDA, ambos residentes a Rua Orlando Cavalcante de Melo, cidade de Bananeiras-PB. Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


Assinatura do (a) noticiante


PEDRO DE MACEDO FERNANDES
Escrivão ad hoc
Matrícula: 179.451-5



GOVERNO
DA PARAÍBA



DELEGACIA DA COMARCA DE BANANEIRAS
31ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Subseção Regional de Polícia
Regimental de Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Ocorrência nº: 142/2018
Folha nº: 022
Livro nº: 001/2018

DESCRIÇÃO:

Aos vinte e dois (22) dias do mês de Maio (05) do ano de dois mil e oitocentos e dez (2018), nesta cidade de Bananeiras/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do(a) Exceletíssimo(a) Senhor(a) Francisco Deusdedit Leão Filho, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo escrevo (o) de seu cargo, ai pelas 08h41min, comparecer o (s) Senhor (a):

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA
Idade: 34 anos, nascido(a) em 02/01/1984
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: São Paulo/PB
Filiação: João Francisco de Souza e de Maria Salete de Moura
Estado Civil: Único(a) casado(a)
Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Orlando Cavalcante de Melo, s/nº, Bananeiras/PB
Status de inscrição: Atualizado
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:
RG: 2.007.302 - 2023/PB
CPF: 002.113.864-46

HISTÓRICO: Minhoir que no dia 10 de dezembro de dois mil e oitocentos e dez (2018), por volta das 08h00min, foi para a cidade de Bananeiras/PB, no intuito de comprar um veículo. Ao chegar à cidade, foi abordado por um indivíduo que se apresentou como sendo o proprietário de um veículo de placa MNS 2382/PB, cor preta, ano/modelo 2007, chassi nº 927030707R180489, CDD. Renavam 9270306-6, e quando estava estacionando, veio um motociclista não identificado e atingiu a traseira de sua motocicleta, derrubando-a. Que em decorrência do choque o motociclista sofreu fratura exposta na perna esquerda, sendo socorrido e encaminhado de imediato para o Complexo Hospital Mangabeira, Governador Tarísio Buíty, na capital do estado. Que em decorrência da gravidade do acidente, o motociclista permaneceu internado por 11 dias na Unidade Hospitalar, por ter sido submetido a procedimento cirúrgico. O motociclista não apresentou o Boletim de acidente de trânsito, por tanto atrela como testemunha. MARIA DO CARMO MOURA e JURANDIR AFRÍDIO DE MIRANDA, ambos residentes a Rua Orlando Cavalcante de Melo, cidade de Bananeiras-PB. Nada mais a considerar, lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

Assinatura do (s) noticiante

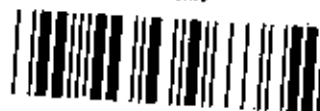
PEDRO DE MACEDO FERNANDES
Escrivão de Polícia
Matrícula: 172 421-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO

Rua Manoel de Sales, nº 26 - Centro
SOBRADO - PARAÍBA

Certidão de nascimento



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO, que às fls 205, sob o nº 12.871, do livro A/ 14, foi registrado o nascimento de: ALEXANDRE NOURA DE SOUZA.

nascido(a) aos Cinco (05) de Janeiro (01)
de Mil Novecentos e Oitenta e Quatro. (1984)
às 2:00 horas, do sexo Masculino.
no(a) Maternidade da Cidade de Sapé, Estado da Paraíba - PB.

Filho(a) de João Francisco de Sousa
e de Maria Salote de Moura.
Naturais deste Estado.

Avós Paternos: Romeu de Souza

0. Clementina de Nascimento

Avós Maternos: Rita Maria da Conceição.

Foi declarante **0** genitor.

Observações: Registro feito na forma da Lei, em data de 12/06/1984.

O refendo é verdade. Dou Fé.

Sobrado-PE 25 de Setembro de 2008

Chloroceryle alpestris

OFICIAL *Call: Maria Nunes Cabral de Santana*
ESCRIVA 711 JAR

1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 2719-2720, 2721-2722, 2723-2724, 2725-2726, 2727-2728, 2729-2730, 2731-2732, 2733-2734, 2735-2736, 27

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL: CUNHETE ADMITEBACAO OU SASUBA INVÁLIDA ESTE DOCUMENTO

253938

ALEXANDRE MORA DE SOUZA
RUA OSVALDO CAVALCANTI DE MELO, S/N - CENTRO
BANANEIRAS - PE CEP 52220-000 (AG 44)

Tipos de consumo: RESIDENCIAL
On/Off: RES MTC E1 / RESIDENCIAL - BANDA RENDIA
Póster: 12-48-405-4370 Referência: Mai/2018
Medidor: 09008785357 Emissão: 22/05/2018

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9.220, Km 25 - Distrito Rural - Jaboatão/PB - CEP 53071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 16015.82340

Via Faturamento: Conta de Energia (Energisa) 232.425
Cód. para Dth. Autenticação: 80017545003

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 4800-3

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 23h

234-699786581-3 22/AGO/2018 HORA DE 09:31:58

LOT. 13.015686-4 TERM 062188

LOCALIDADE: BANANEIRAS AG. VINCULADA: 0038

COMPROVANTE PAGAMENTO DE BOLETO BANCOS

INST. EMISSORA: BANCO DO BRASIL S/A BANCO RECEPTOR: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

LINHA DIGITAVEL DO CODIGO DE BARRAS 0019000009 02624912008 01884627173 9 790480000001829

BENEFICIARIO NOME FANTASIA: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUI

RAZAO SOCIAL: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUI

CNPJ: 08.095.183/0001-40

BENEFICIARIO FINAL NOME FANTASIA: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUI

RAZAO SOCIAL: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUI

CNPJ: 08.095.183/0001-40

PAGADOR NOME: ALEXANDRE MORA DE SOUZA

CPF: 092.113.864-46

DATA DE VENCIMENTO: 29/MAI/2018

DATA DE PAGAMENTO: 22/AGO/2018

VALOR NOMINAL: 18,29

JUROS: 0,00

IOF: 0,00

MULTA: 0,00

DESCONTO: 0,00

ABATIMENTO: 0,00

VALOR CALCULADO: 18,29

VALOR DO PAGAMENTO: 18,29

TIPO DE PAGAMENTO: ESPECIE

VIA DO CLIENTE 234-699786581-3

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Valor em Euros (R\$ 1,00 = 0,54)

Comprovante de residencia





SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BANANEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Rua Cel. Antonio Pessoa, 376 - Centro - Bananeiras - PB - CEP: 58220-000

Fone: (83) 3367-1129 - FAX: (83) 3367-1080

www.bananeiras.pb.gov.br

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 45



SAMU
192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	10/12/2016	Ocorrência nº	62932	Paciente / Usuário	Alexandre M. de Souza	Idade	32	Sexo	Masc.	☐ Fem.
Local de Ocorrência	Av. Cel. Antonio Pessoa - Bananeiras - PB - Centro					Médico Regulador	Honório			
Apoio no local	☐ PM ☐ Resgate/Bombeiros ☐ Resgate / PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ TROTE ☐ Outrol									

DESTINO

LOCAL: <u>Ortotrauma</u>	RESPONSÁVEL: <u>Eduardo Mota Braga</u> Dir. Geral / Ortopedia	OBS:
--------------------------	--	------

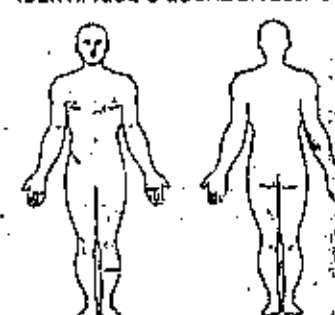
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA	
☐ QUEDA < 5 M ☐ QUEDA > 5 M ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO	
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO	
☒ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO	
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: <u>01</u> ☐ DENTRO DO VEÍCULO: <u>1</u> ☐ AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR ☐ ESO	
☐ AFOGAMENTO GRAU ☐ QUEIMADURA GRAU ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAS ☐ FAF	
☐ OUTRO	
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA	
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA	
☐ ENVENENAMENTO POR:	

EXAME FÍSICO

Encontrado: ☐ DECÚBITO LATERAL ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO	
☐ FORA DO VEÍCULO ☐ DEMBULANDO ☐ EM CIMA DE: ☐ OUTRO:	
Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ RÁPIDO E ILÍCITO	
☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO ☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO	
Queixa: ☐ DOR / LOCAL: ☐ PARESTESIA / LOCAL:	
☐ OUTRA	
LESÕES APRESENTADAS	
☐ ESCORIAÇÕES / LOCAL: <u>antebraço Esq.</u> ☐ CORTE / LOCAL:	
☐ PERFURAÇÕES / LOCAL: ☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL:	
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ LUXAÇÃO / LOCAL:	
☒ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: <u>MCS</u> ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL:	
☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL:	
☐ ENTORSE / LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL:	
☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: ☐ CÁMBRIA / LOCAL:	
☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:	
☐ HEMATOMA / LOCAL: ☐ EQUÍMOSE / LOCAL:	
☐ OUTROS:	

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE	• •
☐ MIOSE	• •
☐ ISOCÓRICAS	• •
☐ ANISOCÓRICAS	• •

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: <u>20</u> lpm / FINAL: <u>20</u> lpm / PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
FC INICIAL: <u>72</u> bpm / FC Final: <u>72</u> bpm / ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 PAS (mmHg): ☐ > 90 ☐ < 90
Padrão Respiratório: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: ☒ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: <u>97</u> %

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL TAM. <u>M</u> ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA ☐ TIRANTES ☐ PRANCHAS RÍGIDAS ☐ KED ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
☐ AVP COM ABOCATH N° <u>1,6</u> ☐ MSE / ☐ MSD ☐ SRL ☐ SF ☐ 0,8% ☐ MEDICAÇÃO <u>01 ampola de Dupaema</u> + <u>10 ml</u>
☐ 021/MIN ☐ MÁSCARA COM RESERV. ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ MIE ☐ MID ☐ MACA A VÁCUO
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO ☐ CURATIVO ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL ☐ OLHO
☐ OLHO ☐ VELPEAU / LOCAL: ☐ VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO	<u>Jornise Cavalcanti</u>	COREN	<u>345414</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<u>Stalo</u>	COREN	
CONDUTOR	<u>Adelino</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (MSTO)		MÉDICO (VISTO)			

RECUSA

--

RELACÃO DE PERTENES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG, CPF, TÍTULO DE ELEITOR, HABILITAÇÃO, PASSAPORTE, OUTROS

CELULAR QUANTIDADE: MARCA: MODELO: MARCA: MODELO:

CARTÕES DE CRÉDITOS: MASTER CARD, VISA, AMERICAN EXPRESS, HIPER CARD, OUTROS:

CARTÕES DE BANCO: 1 2 3 NOMES DO BANCO:

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$:

CALÇADO (MARCA): RELOGIO (MARCA): ANÉIS (QUANTIDADE):

BRINCOS (QUANTIDADE): PULSEIRA (QUANTIDADE): OUTROS:

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENES:

SETOR: FUNÇÃO:

ASSINATURA DO RECEBEDOR: CARIMBO DO RECEBEDOR:

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
ASB 100 mg		ALCOOL (PINCETA 250 ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ATADURA DE CREPON 15 cm	5
AMIODARONA		CATETER TIPO OCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTOMPRIL 25 mg		EQUIPO MICROGOTAS	
DICLOFENACO 75 mg		ESPARADRAPO	
DIPYRONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (BODIGO N°)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	01 Ampo	GARROTE	
ESCOPIOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GAZE ESTÉRIL (PACOTE) 12	
FENOTEROL GOTAS		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)	
FUROSEMIDA		JELCO N° 12	
GLICOSE 50%		LENÇOL DESCARTÁVEL	1
HIDROCORTISONA 100 mg		LIVRA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500 mg		LUÇA ESTÉRIL N°	
IPRATROPIOP GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORXIL 5 mg		SCALP N°	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA N°	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	50	OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA			
TERBUTALINA			
OUTROS			

Obs:

CERTIDÃO

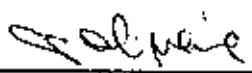
Nº. 0596/2017

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE MOURA DE SOUZA** e 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 912312 e Prontuário Nº 2016.12.000837, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 10/12/2016 às 10h49min, vítima de queda de moto, com trauma em perna esquerda.

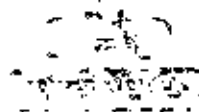
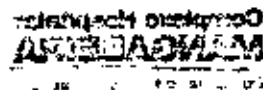
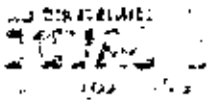
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/12/2016. Alta dia 20/12/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de Maio de 2017



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



CERTIDÃO

Nº. 0598/2017

Atendendo solicitação de ALEXANDRE MOURA DE SOUZA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcsio Bultr, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 912312 e Pronúncia Nº 2016.12.000837, referentes ao requerente que foi atendido dia 10/12/2016 às 10h49min, vítima de queda de moto com trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/12/2016. Alta dia 20/12/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Maio de 2017

CRMPB 2259
Médica da Vigilância à Saúde



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ALEXANDRE MOURA SOUZA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 32	SEXO: M	COR:	CLÍNICA:	BNF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 10/12/16		DATA DE ALTA: 20/12/16		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA				CID: S87.9	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: PEANA ESQUERDA					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: RX					
PROCEDIMENTO REALIZADO: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO					
COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES:
VALIENTE ADMITIDO COM FRATURA DOS OSSOS DA PEANA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E INTERCORRENCIAS. EVOLUÇÃO BOA, SEM SINAIS FISIOLÓGICOS.	

DIETA: CLV	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E DVA	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do DR. UMBERTO em 30 dias para revisão.

DATA: 20/12/16	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

ASS. MÉDICO CRM 70.226



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Alexandre Manoel de Souza</i>				Registro: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clínica: _____	EMP: _____	LR: _____
Data: <i>19/12/16</i>	Cirurgião: <i>D. Umberto Tansen</i>			1º Assistente: <i>D. Daniel (R)</i>	
2º Assistente: _____		3º Assistente: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: _____		Tipo Anestesia: _____		Horário: I: _____	T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de omóplata direita (R)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva: _____	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH
Anestesia e anti-espasmo
Aposição de campos estéril

Incisão:

Quas mini-incisões a face anterior ^{metálica} de punção

Achados:

Conduta:

Remoção do placa DCD longa de 12 furos em
parte a fixação com parafusos 7ab retractor
Lavagem com SF 0,9%
Sutura por planos
limpa
Curativos
Radiografia de controle

Fechamento:

OBS:

Data: 19/12/16

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8248
MÉDICO/CRM

ADMINISTRACAO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 912312 Atd: Nao Regul
Data: 10/12/2016
Hora: 10:49:12
Recepcionista: MARIA HELENA RIBEIRO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.12.000837

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: ILEGIVEL Fone: 993770856

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 05/01/1984 Id: 32 ano(s)

End.: RUA CELSO DANTAS QD-03 LT-02, CNS 705007091270954

Bairro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF: PB

Mãe: JOAO FRANCISCO DE SOUZA

Pai: MARIA SALETE DE MOURA

Ocupação: ENTREGADOR SEM ESPECIFICAA, -AO

INFORMACOES DE ENTRADA

Res.: IRMAO/ADILTON

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD.

Procedencia: OUTRO BANANEIRAS

Transporte utilizado: SAMU

Causa de acidente por: COL.MOTO/MOTO AS 8H EM HORARIO DE TRAB. (BANAGUA)

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

Andre Delgado Santos Alves
Enfermeiro
CRM-PA 115711

Queixa Auto SI + CE. (Sinais) Trauma

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

em Prontuario Medico e Curto Curto +
TAD e PerNN (C) ABO e Tenu: nru

Conduta

CE: 0 Rx

Conduta

Prescrição

Aus CG

Horario da medicacao

Aus OABP

Edson Motta Braga
Cirurgião / Urologia
CRM-PA 115711

ORTOPEDIA

CPJ DOI com ME

CPJ DDA + ONICIA + SEM FEM-
MOTOS.

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx SEGMENTAR DE OSSO DA
PEANA (E)

CPJ INTERNAÇÃO C/ TIO CLAURO

Dr. Frederico Boulitreau

Ortopedia / Cir. do Joelho
CRM 12055 / CRM-PB 9301

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ude	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DEIXA DO PACIENTE

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

Assinatura do paciente

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] JHTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho 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: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ALEXANDRE
MOURA DE SOUZA

LAUDO:

PACIENTE VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO. CI-
FRATURA DE OSSOS DA
PERNA (E) SUBMETIDO
À CIRURGIA CI PLACA +
PNEUMATO

CID: S82

Dr. Antônio Carlos de M. Lima
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 5169 CBO 223 146
CNPJ 06.900.162/7357329

17
07
17

Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

ALEXANDRE MOURA

USO ORAL

1) CEFALOXINA → 1ca
500

Tomar 1 comp.

De 6/6 Horas

Pr 10 Dias

2) LOXONIN → 1ca
600

Tomar 1 comp.

De 8/8 h

Pr 7 Dias

Dr. Leonardo Torres
Médico

Assinatura e Carimbo

20/12/16

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da inscrição

092.113.864-46

Nome

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Nascimento

05/01/1984

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-039

Alexandre Moura de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.607.393 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 01/03/2018

NOME ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

FILIAÇÃO JOÃO FRANCISCO DE SOUZA

MARIA SALETE DE MOURA

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1984

DOC ORIGEM

NASC.N.12871 FLS.205 LIV.A 14

CARTÓRIO SOBRADO-PB

CPF

092.113.864-46

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 9670435280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DO VEÍCULO

VIA: C/D RENAVAM: EXERCÍCIO: 2012

NOME: JOSE DA SILVA PEREIRA

CPF / CNPJ: PLACA:

PLACA ANT. UF: CH/ESP:

ESPEC. TIPO: COM. PRIMEI. 1ª

MARCA / MODELO: ANO F.A. ANO MOB.

CAP / POT / CIL. CATEGORIA: 2 24 107 PARTI2 2012

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1ª 23/03/2012

FAIXA IPIVA: PARCELAMENTO / COTAS: 6

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 23/03/2012

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: 2012

DATA DE EMISSÃO: 23/03/2012

ASSINATURA: 2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES ALMA MATERES DE OUROSUA CARGA A PESSOAAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO PRIVAT

PE Nº 9670435280 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

EXERCÍCIO: 2012

CPF / CNPJ: PLACA:

PLACA ANT. UF: CH/ESP:

BILHETE DE SEGURO PRIVAT

PE Nº 9670435280

VIA: C/D RENAVAM: EXERCÍCIO: 2012

MARCA / MODELO: ANO F.A. ANO MOB.

CAP / POT / CIL. CATEGORIA: 2 24 107 PARTI2 2012

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1ª 23/03/2012

FAIXA IPIVA: PARCELAMENTO / COTAS: 6

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 23/03/2012

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

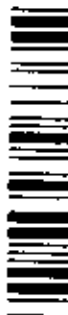
LOCAL: 2012

DATA DE EMISSÃO: 23/03/2012

ASSINATURA: 2012

Seguradora Líder das Condições de Seguro PRIVAT S/A

CNPJ: 00.200.000/0001-00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9670435280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 9670435280 EXERCÍCIO
1 / 96740906-3 00/00000000 2012

NOME
JOSE LUIZ BERNARDO IRMAO

CPF / CNPJ 75821877768 PLACA MNZ2385/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2JC30707R180489

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB 2007 ANO MOD 2007

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 23/04/2012 1*
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2*
A ***** 0 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 23/05/2012

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

GUARABIRA - PB LOCAL 28/05/2012

33987 32549

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

PB Nº 9670435280 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE LUIZ BERNARDO IRMAO

CPF / CNPJ 75821877768 PLACA MNZ2385/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670435280 EXERCÍCIO 2012 28/05/2012

VIA COD. RENAVAM 9670435280 EXERCÍCIO 2012 28/05/2012

JOSE LUIZ BERNARDO IRMAO

CPF / CNPJ 75821877768 PLACA MNZ2385/PB

PRÊMIO TARIFÁRIO 96740906-3 GAS HONDA/CG 125 FAN

PRIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
2007 9C2JC30707R180489

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM IOF E LEGADO (R\$)
***** SEGURO

COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
32549-0828064-20120528

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352169/19

Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

CPF: 092.113.864-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2016

Titular do CPF: ALEXANDRE MOURA DE
SOUZA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ALEXANDRE MOURA DE SOUZA : 092.113.864-46

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

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: 09/10/2019
Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA
CPF: 092.113.864-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Nathalia Beatriz Braga Costa

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Alexandre Moura de Souza
 Data do Acidente 10/12/2016 CPF: 092.113.9864-46

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome Alexandre Moura de Souza
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco:
 Endereço Rua Dolinda Cavalcante de Melo
 No. 5/N Complemento Bairro Centro
 Cidade Bomameirão UF Paraíba CEP 53220-000
 Telefone (83) 993588028 Email alexandremoura15@gmail.com

Informações importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção!  Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível). - B.O.
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☒ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☒ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☒ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 03/10/19
 Nome Alexandre M. de Souza
 Identidade 2.607.393
x Alexandre M. de Souza
 Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 03/10/19 ☒ Recebi os documentos assinalados
 Nome Thiago M. Ferreira
 Matrícula Correios 84268119
Thiago M. Ferreira
 Assinatura do Atendente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352169/19

Número do Sinistro: 3190576928

Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

CPF: 092.113.864-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2016

Titular do CPF: ALEXANDRE MOURA DE
SOUZA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

DUT

Outros

QUERÔ



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: 19/12/2019
Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA
CPF: 092.113.864-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

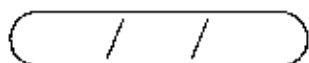
ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Elen Tais Alves Pereira

Pendência - Entrega novamente
no Correios -

Represente ao Sinistro DPVAT N.
3190576928

Ⓢ → Falta DUT Ⓢ



A series of horizontal lines for writing, consisting of solid top and bottom lines with a dashed midline for each row, repeated down the page.