

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Nº Sinistro:** 3180279340

**Vitima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Data do Acidente:** 07/09/2017

**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 3180279340**.

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](http://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**

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Nº Sinistro:** 3180279340

**Vitima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Data do Acidente:** 07/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Nº Sinistro:** 3180279340

**Vitima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Data do Acidente:** 07/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

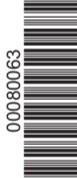
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Nº Sinistro:** 3180279340

**Vitima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

**Data do Acidente:** 07/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

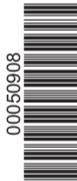
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

#### E obrigatoriedade 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

094.656.604-69

Nome completo da vítima

Ornaldo Calisto de Lima Vito

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ornaldo Calisto de Lima Vito	094.656.604-69	Eletricista + Mecânica
Endereço	Número	Complemento
Conjunto Manoel Fernandes	318	Qd. 02 - L - 12
Bairro	Cidade	CEP
Cidade Nova	João Pessoa	5828-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
2eduardosilva@hotmail.com	PB	618663-4900

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

Nº

CONTA

Nº

D/V

00421

10934119

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

ANCO

conta

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

Local e Data

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 Henrique

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
2017

19 JUN. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESQUA

Ornaldo Calisto de Lima Vito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## 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

Nome completo da vítima

094.656.604-69

Orvaldo Calixto de Lima Veto

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Orvaldo Calixto de Lima Veto

CPF titular da conta

094.656.604-69

Profissão

Eletrotécnica + Meccanica

Endereço

Rua Vereador Antônio Souza

Número

22

Complemento

BLD. 02 - L - 12

Bairro

Cidade Nova

Cidade

Norman Guare

Estado

PR

CEP

5828-000

Email

2eduardosilva00@gmailmail.com

Telefone (DDD)

61 8663-4900

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

RECLUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(informar digito se existir)

109341-9

(informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

ANCO

conta

AGÊNCIA

Nº

COMPREV - COMPRA VENDA

PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

AG. JOÃO DESSON

(informar digito se existir)

(informar digito 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.

Norman Guare 20 de agosto

Lugar e Data

Orvaldo Calixto de Lima Veto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Livro nº 01/2018**  
**Ocorrência nº. 0263/2018**

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, aí por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, conhecido por , Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio,12,Cidade Nova, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

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: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº , bairro: Centro – **MAMANGUAPE/PB**;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo ao colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COMPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIA DA RADIOL-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

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

*Osvaldo Calixto de Lima Neto*  
**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**

Comunicante

*COMPREV PREVIDÊNCIA S/A*

13 JUN. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

*Euribes Fagundes de Oliveira*  
**EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA**  
**ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a), JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, a por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, conhecido por , Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Ellane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio,12,Cidade Nova, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº , bairro: Centro – MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo a colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COMPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARÍDA RAD101-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

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

*Osvaldo Calixto de Lima Neto*  
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Comunicante

*RECEBIDO*

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

18 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Euribes Fagundes de Oliveira*  
EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA

ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280-000  
 Tel: 32929050  
 CNES: 7666772

Paciente OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	BAE 223208	Data/Hora Entrada 07/09/2017 18:18:09	Data Baixa
Data de nascimento 13/09/1989	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 166052255630000 Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe ELIANE LOPES DA SILVA			
Endereço MANOEL FERNANDES, SN - CASA	Bairro PROJETADA	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo QUEDA	Profissional BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA	Nº Cons. Regional 7674/PB
Data/Hora Classificação: 07/09/2017 18:27:25		Data/Hora Prescrição 07/09/2017 18:41:23	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO APRESENTA DOR INTENSA E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

### Exame Físico

CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO E ACINÓTICO

### CID10

Código	Descrição
Z60.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação



BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA  
(7674/PB)

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA  
(7674/PB)

*Senhor Dr. Dr. Bruno Braga Silveira*

*Francisco Viana 101m 0 1032 00-07-2*

# 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: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000109141-9

---

Nr. da Autenticação 5A939C6124FEBE80

**ELIANE LOPES DA SILVA**  
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO, 12 - CID NOVA  
MANAUS/AM/CEP: 69028000 (AQU 14)

Emissas 14/02/2018 Referência Favr 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOPÁSICO  
Bairro: S. L. 14 - 175 - 4000 NP-medidor: 00000573475

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58011-680  
CNPJ 08.025.183/0001-40 - Insc Est 16.015.023-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0021874-228  
Cód. - para Bala, Automação - 00087800263

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.menergisa.com.br](http://www.menergisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	14/02/2018	15/03/2018	73911470444 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5785626-3

### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
  - Levou cheiro no churrasco? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um barrete de segurança.
  - Chama os vírus e bactérias e entra no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias			
Data	Letras	Data	Letras								
15/01/18	dezessete	14/03/18	dezessete								
<b>Demonstrativo</b>											
CC	Descrição	Quantidade	Tentac	Valor	Base	Cat.	Alq.	Imp/R\$	Spec/Calc	Per/R\$	Colme/R\$
				Total(R\$)	CMSP(R\$)	XMAS		PerColme(R\$)	(1,1268%)	(0,1959%)	
0001	Consumo até 30kWt-BR	30,000	0,295830	7,82	7,82	27	2,95	7,82	0,08	0,40	
0001	Consumo - 31 a 100kWt-BR	70,000	0,495830	30,58	30,58	27	8,23	30,58	0,34	1,58	
0001	Consumo - 101 a 270kWt-BR	120,000	0,695830	78,44	78,44	27	21,18	78,44	0,88	4,08	
0001	Consumo acima de 220kWt-BR	11,000	0,729370	7,88	7,88	27	2,18	7,88	0,09	0,41	
0010	Subsídio			46,81	46,81	27	12,84	46,81	0,54	2,43	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>											
0007	CONTRIBUIÇÃO ELM PÚBLICA			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	JUROS DE MORA 12/2017			1,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA 12/2017			2,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			1,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0000	Desvaliação Subsídio			31,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCP-Carson City Classical at 10:00 am TOTAL 157.85 171.36 46.26 171.36 193 6.99

Média últimos meses (km/lt)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
718	21/02/2018	R\$ 157,03

### Histórico de Consumo (kWh)

204	210	180	217	208	230	221	186	180	227	218	227
Fev17	Mar17	Abri17	Maio17	Jun17	Jul17	Agosto17	Set17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18

RESERVADO AO FISCO

b48a.0caf.d785.3089.6644.665b.83ac.1087.

### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	8,47	0,00	
DIG. TRIMESTRAL	12,94		HOMOLOGADO
DIG. ANUAL	25,08		
FIC. MENSAL	2,67	0,00	CONTRATADA
FIC. TRIMESTRAL	7,15		LIMITE INFERIOR
FCANUAL	14,70		LIMITE SUPERIOR
DMC	3,80	0,00	
	12,22		

Composição do Contingente		
Discriminação	Valor	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	31,80	20,26
Compradores de Energia	37,50	25,00
Serviço de Transporte de Energia	4,40	3,11
Encargos Sustentáveis	1,20	0,80
Impostos Diretos e Encargos	73,87	51,11
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>167,93</b>	<b>100,00</b>

## ATENÇÃO

**REAVISO DE VENCIMENTO:** Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) atrasada, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/03/2013. Confirme Resposta no 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não eliminará a possibilidade da devida suspensão do fornecimento: caso a mesma não seja comunicada ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para emissão da comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento das(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a multa de 10% em flagrante de pagamento atrasado ou não cumprido no prazo de 10 dias corridos a partir da data de vencimento. Fatura sujeita à taxa fixa acima da Taxa Penda, tendo um desconto de R\$11,21.

Faturas em atraso  
Jan/18 157.08

energisa PARÁBA  
Rodovia B-14-175-4360  
Número de: 186626-2018-03-2

**VENCIMENTO**  
**21/02/2018**

83690000001-6 57030054000-4 07856262018-3 02900014019-3



Data do documento 13/12/2017	Nº do documento 711.791.735	DM	N	Data de emissão 18/12/2017	Valor da fatura 103.00101953-7
Unidade/Ag. 109	Caixa	R\$		Válida para emissão 103.00101953-7	108.01
Observações					
Sr. Caixa. - Cobrar multa de R\$ 2,16 - Cobrar juros de R\$ 0,04 ao dia					
Pago a Osvaldo Calixto De Lima - 44.050.004-69 CONJ MANOEL FERNANDES, QD 02 LT 02 - EM FRENTE A QUADRA CIDADE NOVA Mamanguape - 2608901 - PB - CEP: 58280000					
Escritor/Assinatura Censo/Assinatura Usuário Autenticação mecânica Ficha de Compensação					

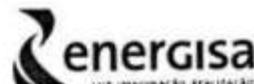


COMPREV PROTÓCOLO	COMPREV PROTÓCOLO
17 JUN. 2018	17 JUN. 2018

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 009.534.985



Luz, IMAGINAÇÃO, REALIZAÇÃO  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA  
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

### REFERÊNCIA

JUL/2018

### APRESENTAÇÃO

17/07/2018

### CONSUMO

207

### VENCIMENTO

24/07/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 146,08

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

ELIANE LOPES DA SILVA

Roteiro: 08-014-175-4360

83650000001-0 46080054000-3 07856262018-3 07800014019-0



### VENCIMENTO

24/07/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 146,08

### MATRÍCULA

785626-2018-07-8



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento seu valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Utilize para simples pagamento da sua fatura de energia elétrica - N° 011.036.535



U.S. INVESTIMENTOS REALIZAÇÃO  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 19.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA  
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/785626-3**

REFERÊNCIA

**AGO/2018**

APRESENTAÇÃO

**16/08/2018**

CONSUMO

**171**

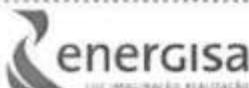
VENCIMENTO

**23/08/2018**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 137,32**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTÁQUE AQUI

ELIANE LOPES DA SILVA

Roteiro: 08-014-175-4360

836900000001-6 37320054000-4 07856262018-3 08600014019-3

VENCIMENTO

23/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 137,32

MATRÍCULA

785626-2018-08-6



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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e ressegura.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osvaldo Balisto Jr. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-69 do sinistro de DPVAT cobertura univárida da Vítima Osvaldo Balisto Jr. Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-69 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

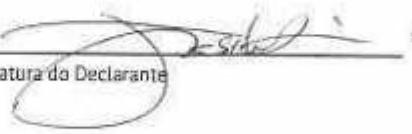
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Av. Manoel Russa</u>		Número	<u>58</u>	Complemento
Bairro	<u>Alamalha</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>23</u>
Email	<u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>99340-1170</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>98663-4900</u>	

João Pessoa de julho de 2018  
 Local e Data

Assinatura do Declarante




Paciente OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	Nº BE OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	Prontuário
Motivo do atendimento QUEDA	Data/Hora Início 07/09/2017 18:36:58	Data/Hora Fim 07/09/2017 18:27:18
Profissional ELIDA GONÇALVES DE BRITO	Classificação AMARELA	

## Classificação de risco

Data / Hora: 07/09/2017 18:27:18

Fluxograma DEFORMIDADE GROSSEIRA

Justificativa:

## Sinais Vitais

Queixa Principal: QUEDA MOTO

Frequência Cardíaca (BPM):

Pressão Arterial Sistólica: 100,00

Cor da Pele: NORMAL

Frequência Respiratória  
(MRPM):

Pressão Arterial Diastólica: 60,00

Temperatura Corporal:

Hemoglicose (HGT):

Saturação (spO2):

Peso:

Altura (cm): 0

## Uso de medicamento / Comorbidade

Observação:

## Glasgow

Abertura Ocular (AO):

Melhor Resposta Verbal (MRV):

Melhor Resposta Motora (MRM):

Índice Glasgow: 0 \*

## Escala de Dor

Intensidade da Dor: 0







## ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

## HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDIA - estetica max

Encaminho paciente: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Residente à \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ para atendimento referente à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. O paciente tem por responsável legal /  
acompanhante o (a) senhor \_\_\_\_\_  
sendo o mesmo (a) \_\_\_\_\_ do (a) paciente.

Motivo:PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO-MOTO,APRESENTA DOR E DEFORMIDADE IMPORTANTE EM RÁDIO .SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

O contato foi realizado com "Pedreira" (coz)

Mamanguape, 07/09/2017

**Solicitante**

COMPREV PREVIDENCIA SIA  
18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. IDÉO PERSONA

Santa Cruz 20.000  
Cerro de apio de 1000.





NÚMERO DO CADASTRO: 2399628 1 - CPF 2 - CGC 2 102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA
PACIENTE: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO		IDENTIDADE: _____
ENDEREÇO: _____	IDADE: _____	
BAIRRO: _____	ORIGEM	
<input type="checkbox"/> PAM _____ <input type="checkbox"/> SES _____ <input type="checkbox"/> SSM _____		_____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Dr. Jorge Augusto*  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127-PB  
CARIMBO E ASSINATURA



NÚMERO DO CADASTRO: 2399628 1 - CPF 2 - CGC 2 102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA
PACIENTE: _____		IDENTIDADE: _____
ENDEREÇO: _____	IDADE: _____	
BAIRRO: _____	ORIGEM	
<input type="checkbox"/> PAM _____ <input type="checkbox"/> SES _____ <input type="checkbox"/> SSM _____		_____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

*Dr. Jorge Augusto*  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127-PB  
CARIMBO E ASSINATURA

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## CERTIDÃO

Nº. 0032/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA 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 Nº59179 e Prontuário Nº 2017.09.000958 pertencentes a **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO** que foi atendido dia 07/09/2017 às 20H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galeazzi esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 13/09/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
FIA: AGENTE FISCAL COSE COSTA DUARTE S/N  
53036-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 59179 Arq: Nao Regul.  
Data: 07/09/2017  
Hora: 20:57:32  
Recepção: GABRIELA DA COSTA Sampaio  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO Núm. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuário: 2017.09.000958

CNS: 166052255630000 Sexo: M IDENTIDADE: 3671666 Fone: 988973468

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 13/09/1989 Id: 28 ano(s)

End.: RUA ANTONIO LUCIO QUADRA 02 LOTE 12, SORAIRO: CIDADE NOVA

Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: ELIANE LOPEZ DA SILVA Pai: JAIR RICARDO SILVA DE LIMA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

ACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Respi: NAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. Medicina: HOSPITAL MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 18:00/MAMANGUAPE

Vitima de violencia por: NAO

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Gravado

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Temperatura:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Press. Arter:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Sintoma Principal

[ ] Vomito

Observacao

Vitima de ulcera metr x metr, com fratura em antebraço e

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato critico de feridas ap clu  
ao Rx Cap. Colosso. Necessario rx  
emergencia.

Diagnóstico:

Conduta:

Fx - rx Radios

mt. plato

Prescrição:

Horario da medicacao:

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA

As blos exajado.  
oculos eef dio

18 JUN. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data : Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

17/09/157  
9:30h  
H.P. - Paciente acuciado  
prioritariamente.  
H. A. N. Pombo  
Psicólogo  
CRM 13851

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Código	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398				
399				
400				
401				
402				
403				
404				
405				
406				
407				
408				
409				
410				
411				
412				
413				
414				
415				
416				
417				
418				
419				
420				
421				
422				
423				
424				
425				
426				
427				
428				
429				
430				
431				
432				
433				
434				
435				
436				

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Fallecido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IMI

Assinatura do Paciente/Responsável:

Assinatura e Carinha do Médico

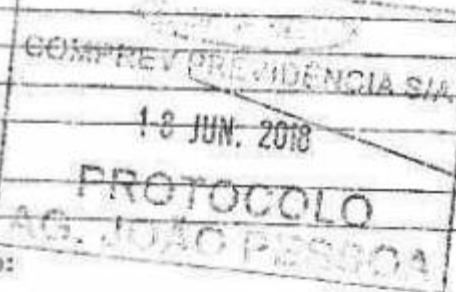
## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Oruado Colixto Data da Admissão: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_

HDA: DN no aulebrelo e reper chanc  
sic. Rx.  
Rx-Lx glicozide (exposto) Agua de  
descamada curvco.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_



### Interrogatório Sintomatológico:

Geral:  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudore: \_\_\_\_\_  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Icterícia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco:  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia Audiçāo: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV:  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectorção  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  Hematuria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

SME:  Dor \_\_\_\_\_  Rigidex pós-reposo  Deformidade  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

SN e PSQ:  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor





Nome: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO				Registro:	
Idade: 28 A	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 13 / 09 / 2017			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		

**DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO**

*Fratura diafisária do rádio*

CID

S52.3

**DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO**

*O mesmo*

CID

**PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)**

*Osteossíntese do Antebraço*

CÓDIGO

COMPREY PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

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

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

### Incisão:

Incisão em região posterior de antebrço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

### Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise do ulna

### Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm + 06 parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

### Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

### Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

### OBS:

Data: 13/09/2017

COMPRA/PRÉ-VIDÊNCIA SIF.  
13 JUN. 2018  
PROTÓCOLO

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedico/Trumatologista  
CRM 9177-PB  
MÉDICO/CRM

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoholismo \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

RECEBIDO  
COMPROV/PRÉVIDÊNCIA S/A

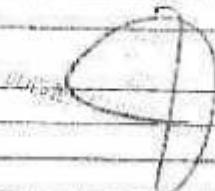
AGU: \_\_\_\_\_

13 JUN. 2018

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOAHipóteses Diagnósticas: *Fx-Lx galvezzi Exp. E*Conduta: *ATO emergênc*



## LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA

NOME OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO					PRONTUÁRIO N°
IDADE 28 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITE
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2017			DATA DE ALTA 13/09/2017	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio</i>					CID S52.3
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio</i>					
TERAPÉUTICA MÉDICAMENTOSA		<i>NON PREG</i>		COMPRAV/PRÉVIA/ENCIA S/A	
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DEF.O: ( ) SIM (X) NÃO		18 JUN. 2018		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO		<b>PROTOCOLO</b> <i>AG. 101 A PEDIDO DO PAC. 1) CURADO</i>		( )	
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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

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

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

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

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** 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 fujar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Deocif*

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

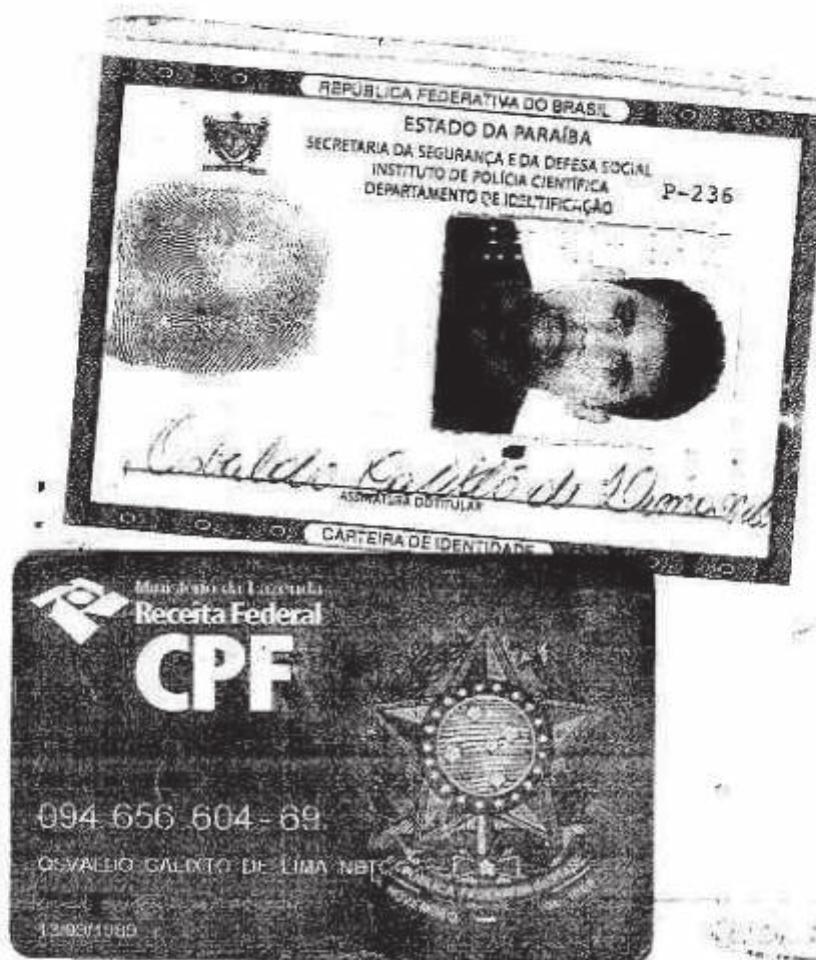
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

13/09/2017

DATA

*Dr. Jorge Auyu  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 02270*

ASS. MÉDICO / C.R.M



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.671.666	DATA DE EXPEDIÇÃO 20/06/2008
NOOME	OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	
FILIAÇÃO	JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
MAMANGUAPE-PB	13/09/1989	
DOC. ORIGEM	NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25	
	CARTÓRIO MAMANGUAPE PB	
CPF		
João Pessoa - PB	Assinatura	
	FASE DE NATURA DO DIRETOR	
	01611111111 DE 2008/03	



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSS EDUARDO DA SILVA

PLACAR

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOÃO PESSOA-73

1.054.062 - SSP/PE

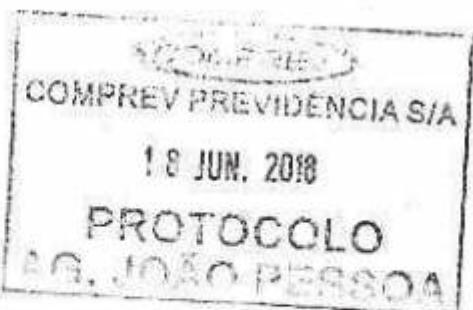
NAD

02/04/2015

02/04/2015

02/04/2015

02/04/2015



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279340      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO      **Data do acidente:** 07/09/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279340      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO      **Data do acidente:** 07/09/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Osvaldo Calixto de Lemos Neto  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Eletricista + Mecânico RG nº 3671.666,  
CPF/MF nº 094656604-69 residente e domiciliado(a) à Rua  
Conde de Manoel Fernandes (QD 02) LT 12  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 5808000, telefone  
83 99854-2280 \* 986634900.

**OUTORGADO:** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e  
RG sob o nº 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de 09 de 2018.

Osvaldo Calixto de Lemos Neto

OUTORGANTE

