

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 28/2019

Aos vinte e sete dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA-PB., na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FABIO FACCIOLO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, NASCIDO EM 29/01/1959, SOLTEIRO, ALFABETIZADO, FILHO DE FRANCISCO DE ALMEIDA E DE CREUZA MARIA DA SILVA, RG Nº 639.420 SSP/PB E CPF Nº 338.677.634.53, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA MONTE ALEGRE, Nº 109, Centro Mulungu/PB.

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 Moto; **2) Data do fato:** 28/06/2018;

3) Horário do fato:10:30h; **4) Local do fato:** próximo ao Sítio Jenipapo, zona rural de Alagoinha/PB.

5) Descrição do veículo:

01. (uma) motocicleta a qual se encontra no nome do Sr. LUCIANO SANTOS OLIVEIRA.

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

NÃO HÁ.

7) Breve resumo do fato:

QUE o COMUNICANTE sofreu um acidente de moto no dia 28/06/2018, por volta das 10:30h na cidade de Mulungu/PB para a cidade de Alagoinha/PB próximo ao Sítio Jenipapo, zona rural de Alagoinha/PB, quando vinha em sua moto MARCA MODELO YAMAHA FACTOR, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NPZ-6337/PB, numa curva acabou perdendo o controle de sua motocicleta sofrendo um acidente e vindo a ser socorrido por um veículo particular ora desconhecido pelo mesmo onde foi levado para o Hospital Trauminha, em João Pessoa/PB, onde ficou internado nesse citado hospital e foi cirurgiado no dia 11/07/2018

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

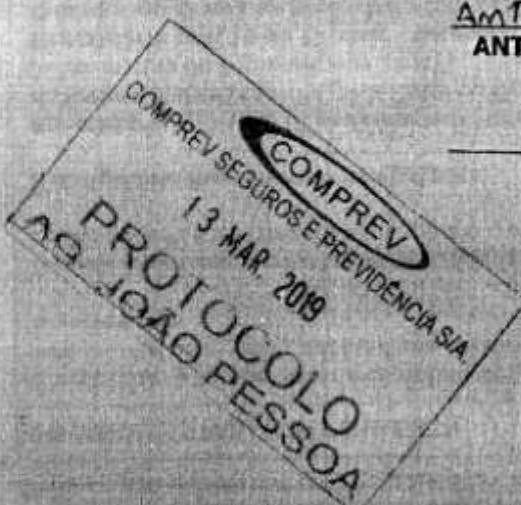
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitou.

ANTONIO Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Comunicante

Jucinio de Oliveira

Escrivã(o) Agente





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº. 0288/2019

Aos **VINTE E CINCO** dias do mês de **JUNHO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta 2ª Delegacia Distrital de Guarabira-PB, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, natural de Campina Grande-PB, alfabetizado, nascido aos 29.01.1959, com 60 anos de idade, RG 639420 SSP-PB, CPF 338.667.634-53, filho de Francisco de Almeida e de Creuza Maria da Silva, residente a rua Monte Alegre, 109, centro, Mulungu-PB.

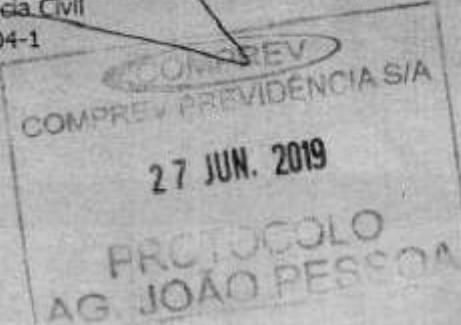
A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado: QUE afirma o noticiante que em data de 27.01.2019, esteve nesta Central de Polícia Civil, onde registrou o Boletim de Ocorrência Policial sob nº 28/2019, informando ter sido vítima de acidente de moto em data de 28.06.2018, por volta das 10:30hs, nas proximidades do sítio Jenipapo, zona rural de Alagoinha-PB, para efeito de ter direito ao seguro DPVAT; QUE veio novamente nesta data registrar um novo Boletim de Ocorrência haja vista ter tomado conhecimento ao tentar dar entrada no Seguro que no referido Boletim de Ocorrência deveria constar nome e Matrícula do funcionário que o atendeu e fez o registro; QUE o referido funcionário não mais trabalha nesta Delegacia, sendo que comparece novamente para registrar novo Boletim de Ocorrência relatando os fatos; QUE em data de 28.06.2018, por volta das 10:30hs da manhã, quando o noticiante trafegava em seu veículo marca modelo YAMAHA FACTOR, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NPZ 6337-PB, cadastrada no Detran-PB em nome de LUCIANO SANTOS OLIVEIRA, e ao chegar nas proximidades do sítio Jenipapo acabou perdendo o controle do referido veículo em uma curva, tendo sido socorrido por veículo particular, não sabendo o noticiante informar nome do proprietário, pois é desconhecido do noticiante, e conduzido até o Hospital conhecido como Traumilhão na cidade de João Pessoa-PB, onde ficou internado e foi cirurgiado em data de 11.07.2018.

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

antonio Francisco da Silva almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA
Comunicante

Cristóvão J A Cabral
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.704-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

338.677.634-53 Antônio Francisco da Silva Almeida

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

Nome completo:

Antônio Francisco da Silva Almeida

CPF: 338.677.634-53

Profissão:

Agricultor

Endereço:

R. Mato Grosso

Número: 109

Bairro:

Centro

Cidade:

Malungu

Complemento:

lava

Estado: PB

CEP: 58354000

E-mail:

Tel.(DDD):

83/99420-7918

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 4264

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOA . ESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEI. + GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
68056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 14037 Atd: Nao Regulado
Data: 28/06/20
Hora: 12:20:38
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 702808622679865 Sexo: M IDENTIDADE: 630420 Fone: 991849166
Natural: ALAGOA GRANDE/PB Data Nasc.: 29/01/1959 Id: 59 ano(s)
End.: RUA MONTE ALEGRE, 109
Bairro: CENTRO Cidade: MULUNGU UF :PB
Mae: CREUSA MARIA DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ALMEIDA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: AGRICULTOR Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHA MARIA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
P* dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 09/ EM
Vitima de violência por: MULUNGU (SIC FILHA)
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] 213 FEV 2019
[] Vomito
[] Observacao

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

acident com moto, expre fco, dor em 1 ter d7
trauma na perna.
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
gengivas, rigo da obliterar o dor e -.

Diagnostico | Conduta fco de ceto
Prescricao SR locion 20g 20g 30g Horario da medicacao
drenagio obliterar o dor e -
dipos 10g 13:30

#CTB MF # 13:90

Paciente vítima de Acidente Neurológico (S.º) da Apoplexia aguda. Hora: 10h30m
Data e Hora PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) Noga Tomou e buscou os Trat. Nota Atenciosa Medicamento. De base ao exame físico constatou-se Reato Zumbante D. Aconselhou visual e auditivo, olfato, pressão arterial, pulso, temperatura, fundo oftálmico e exame dos ossos da P.º.

CD (7) $D_{\text{max}} \approx 2.8$

2. BRK CTBNE

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

23 FEVEREIRO 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Leveller Gangs of 2020

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000004264-2

Nr. da Autenticação 56CF65CFD166590A

JOANA GONZAGA DA SILVA
RUA MONTA ALEGRE, 108 - CENTRO
MULUNGU/PE CEP: 59940000 (AG. 22)

Emissão: 07/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-280
Roteiro: 3 - 43 - 755 - 8880 N° medidor: 00000228070

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.101/0001-40 Irc Est. 15015/020-18

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 15.067-965
Cód. para Déb. Automático: 00001716018

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	07/11/2018	06/12/2018	804.722.064-00 Inac. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/171601-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
Demonstrativo						
001	Destinação	Quantidade	Tarifa/cf	Valor Base Cof. Alm. Ione(R\$) Base Calc. Pct(R\$) Cofim(R\$)		
				Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pct/Cofim(R\$) (C.8440%) (A.3463%)		
0801	Consumo em kWh	138.000	0,844680	116,53 116,53 27 31,46 116,53 1,10 5,08		
0801	Adic. B Vermelha			7,75 7,75 27 2,09 7,75 0,07 0,34		
0801	Adic. B Amarela			0,48 0,48 27 0,13 0,48 0,00 0,02		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		12,56	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0804	JUROS DE MORA 10/2018		0,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805	MULTA 10/2018		2,66	0,00 0 0,00 2,00 0,00 0,00 0,00		
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018		0,82	0,00 0 0,01 0,00 0,00 0,00 0,01		

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 124,76 TOTAL A PAGAR 140,94
152 14/11/2018 R\$ 140,94

171 | 158 | 130 | 156 | 161 | 155 | 131 | 141 | 153 | 146 | 130 | 142
Nov/17 - Dez/17 - Jan/18 - Fev/18 - Mar/18 - Abr/18 - Maio/18 - Jun/18 - Jul/18 - Ago/18 - Set/18 - Out/18
RESERVADO AO FISCO

dfe5.0734.710b.c7e6.5e34.43a1.c0c1.757e
Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Máximo de Tensão (V)	3/2018	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,47	0,00		Serviços de Dist. da Energia e PB	29,46	20,92
DIC TRIMESTRAL	12,94		NOMINAL	Compra de Energia	43,49	30,85
DIC ANUAL	25,98			Serviço de Transmissão	4,56	3,26
FIC MENSAL	3,43	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	8,37	5,95
FIC TRIMESTRAL	6,97		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	56,45	40,05
FIC ANUAL	12,95		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
CMIC	3,51	0,00		Total	140,94	100,00
DICR	12,22					

ATENÇÃO

Vale as E/S/2018 Ref. a/2018. **Valores em aviso**

23 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

energisa

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

PARAIBA

Roteiro: 3 - 43 - 755 - 8880
Metrifone: 171601-2018-11-5

14/11/2018

R\$ 140,94

83630000001-2 40940054000-4 01716012018-8 11500043019-5

JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA JOCA TAIDE, 669 - NOVO
GUARABIRA / PB CEP: 58200000 (AG. 32)

Emissão: 12/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO B-230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58001-400
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 N° medidor: 00009884956 CNPJ: 09.096.123/0001-40 Intc Est: 16.015.823-0



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 016.964.507
Cód. para Débito Automático: 00001664614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: Apresentação Data de envio da
prova de identidade CEP / CNPJ / RAN
Dez / 2018 12/12/2018 14/01/2019 278.937.904-15
Intc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/166461-4

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
- Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Construtor	Óbito (Vivente)	Óbito						
Data	Lerda	Data	Lerda							
13/11/18 4079 12/12/18 4257										
			173	29						
Demonstrativo:										
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alvo (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	
			Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	
0801	Consumo ate 30KWh-BR	30.000	0,287900	8,83	8,83	27	2,33	8,83	0,09	0,43
0901	Consumo - 31 a 100KWh-BR	70.000	0,493540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72
5801	Consumo - 101 a 220KWh-BR	72.000	0,740300	54,04	54,04	27	14,80	54,04	0,59	2,70
0601	Adic. B Amoreira	0,98	0,98	0,98	0,98	27	0,26	0,98	0,01	0,05
0610	Subsídio	51,12	51,12	51,12	51,12	27	13,80	51,12	0,55	2,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	12,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 09/28	156,04	0,00	0	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	
0906	Devolução Subsídio	-34,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 283,72 149,31 40,31 149,31 1,61 7,45

Média Bill/mes (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

270

19/12/2018

R\$ 283,72

Histórico de Consumo (kWh)

208 | 189 | 185 | 224 | 579 | 517 | 0 | 0 | 522 | 189 | 205 | 176
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

086e.79bc.6d2b.57f8.524a.87db.69b8.1d23.

Indicadores de Qualidade do Serviço

Composição do Consumo

Límite inferior	Apurado	Límite de referência (RAN)
DIC MENSAL	5,91	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,92	NOMINAL
DIC ANUAL	23,64	220
FIC MENSAL	3,48	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR
DMC	3,46	0,00
DCR	12,22	LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia / PB	23,32	8,22
Compra de Energia	33,27	11,73
Serviço de Transmissão	3,63	1,28
Encargos Setoriais	5,51	1,94
Impostos Diretos e Encargos	61,95	21,83
Outros Serviços	156,04	55,00
Total	283,72	100,00

Válida FIESO (Ref. 10/12/2018) R\$ 41,30

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Nov/18 328,37
Out/18 315,06
Set/18 291,12

- PEAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima conste(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/12/2018 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidor para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esse mero agravante. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA PEAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Bacia de Rende, tenho um desconto de R\$ 34,21.
- Leitura confirmada

energisa
PARAÍBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

19/12/2018 R\$ 283,72

Petrópolis, 7 - 22 - 65 - 4040
Matrícula: 106461-2018-12-9
83610000002-2 83720054000-8 01664612018-4 12900022019-1



23 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOCOPESSOA

23 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOCOPESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Luciano Sávio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314-02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Francisco da Silva Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 338.677-634-53 do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Antônio Francisco da Silva Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 338.677-634-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurvante Renda: Recurvante e apresento os documentos comprobatórios:
Nas pressas

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	Cidade	Número	Complemento
<u>Joéia Almeida</u>	<u>Guarulhos</u>	<u>669</u>	<u>casar</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>nevo</u>		<u>SP</u>	<u>55200-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>831988547538</u>

Guarulhos/SP, 26 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

23 FEVEREIRO DE 2019
PROTOCOLO
CORRADO PESQUA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Antônio Santos Almeida,
RG nº 3107382 data de expedição 08/06/2016
Órgão SSP/PB portador do CPF nº 014-864-314-02, com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Joaquim Antônio - B. NOVO, nº 669,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antônio F S Almeida. Neste caso o condutor era
Antônio Francisco da Silva Almeida

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA / FACTOR X

Ano: 2010

Placa: NEZ-6332-PB

Chassi: 9C6KEJ220D0182993

Data do Acidente: 28/06/2018

Local e Data: Mulungu PB 28/06/2018

José Antônio Santos Almeida

Assinatura do Declarante

Antônio Francisco da Silva Almeida
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS DE MULUNGU

Rua João Pessoa, 22, Centro, Mulungu - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Antônio Francisco da Silva Almeida

Doc. fó. Mulungu/PB - 26/11/2018

Tabelião Belº. LEODETE MARIA DE MOURA OLIVEIRA

Selo Digital:AHU88298-FV6J

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

Emol R\$11,38 Farpen R\$0,28 MP R\$0,18 Fepj R\$0,23



GUARABIRA PREVIDÊNCIA S/A

23 FEV. 2019

PROTOCOLO

ANEXO PESSOA

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA.....

.....

Em test da verdade. Guarabira-PB 27/02/2019 14:56:23

Wardiria Toscano de Sales - Titular

[2019-001518]EMOL:R\$ 89,91 FARPE:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 IRRF:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1650787-0F0B

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

CERTIDÃO

Nº. 1493/2018

Atendendo solicitação de **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA** 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 14037 e Prontuário nº 2018.06.003740 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 12H20min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/07/2018 com alta médica dia 13/07/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

23 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOA . ESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEI. + GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
68056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 14037 Atd: Nao Regulado
Data: 28/06/20
Hora: 12:20:38
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 702808622679865 Sexo: M IDENTIDADE: 630420 Fone: 991849166
Natural: ALAGOA GRANDE/PB Data Nasc.: 29/01/1959 Id: 59 ano(s)
End.: RUA MONTE ALEGRE, 109
Bairro: CENTRO Cidade: MULUNGU UF :PB
Mae: CREUSA MARIA DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ALMEIDA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: AGRICULTOR Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHA MARIA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
P* dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 09/ EM
Vitima de violência por: MULUNGU (SIC FILHA)
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] 213 FEV 2019
[] Vomito
[] Observacao

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

acident com moto, expre fco, dor em 1 ter d7
trauma na perna.
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
gengivas, rigo da obliterar o dor e -.

Diagnostico | Conduta fco de ceto
Prescricao SR locion 20g 20g 30g Horario da medicacao
drenagio obliterar o dor e -
dipos 10g 13:30

#CTB MF # 13:90

Paciente vítima de Acidente Neurológico (S.º) da Apoplexia aguda. Hora: 10h30m
Data e Hora PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) Noga Tomou e buscou os Trat. Nota Atenciosa Medicamento. De base ao exame físico constatou-se Reato Zumbante D. Aclaram visão e memória, olhado prosconversa, Bem Aprendeu Poco, delusão estéril, sem canis cintis e imobilidade superior. P. Tumor dos ossos da P.º.

CD (7) $D_{\text{max}} \approx 2.8$

2. BRK CTBWF

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

23 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Meister Gangaja in wine

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Antônio F. da Silva Almeida Data da Admissão: 28/6/18
 Prontuário: _____ Idade: 59 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 Escolaridade: _____
 QPD: PT com dores na MJE

HDA: PT relata guarda de mês com
onça de dores e deformidade em
MJE

SUAPREV PREVIDÊNCIA S.A.

23 FEVEREIRO 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[]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: *Rx de Renda TWE*Hipóteses Diagnósticas: *Fratura dos ossos da serra (E)*Conduta: *Internamento P/ Tto cirúrgico*

Dr. Valdeben Corrêa
M.R. em Ortopedia
CRM-PB - 1692

28 JUN. 2018

+ Andrade
Natala

Nome: <i>Antonio Francisco da Silva Almeida</i>				Registro:
Idade: 69 a	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: _____ LR: _____
Data: 11/07/2018		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Carlos Tiago</i>		2º Assistente: _____		
Anestesista: <i>Luiz Eduardo Imbelloni</i>		Instrumentador: <i>Maria</i>		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura dos Ossos da Perna Esquerda

S82.3

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese de Tibia e Fíbula

23 FEV. 2019
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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Abertura de tensor da fascia lata

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia cominutiva

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 placa em "T" 2x9 furos longa Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos esponjosos rosca curta Ø 4.5mm

Aposição de 05 parafusos corticais Ø 4.5mm

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Incisão em região lateral da perna

Dissecção por planos até foco de fratura de fibula

Redução dos fragmentos ósseos

Aposição de Ø placa 1/3 tubular Ø 3.5mm

Aposição de 04 parafusos parafusos corticais Ø 3.5mm

Aposição de 02 parafusos esponjosos maleolares Ø 3.5mm

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC...000 PESSOA

Data: 11 / 07 /2018

MÉDICO/CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônio Brinco de

Santos Alves

Lavras da Índia

Perante o fato de obter-se
transito, da entidade no
serviço em pele de
hot. h. Ibra abel e, f.v.
Perante o fato a ho. aceptor
Perante em desaparecer M. de
ambulância. Nada em
conselhos

GO Sed/MSB

Dr. Carlos T. P. Chaves

Assinatura & M. Carimbo
TEOT 15316

14/01/18

ASSISTÊNCIA PREVIDENCIAS
28 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3107 382-2^a VIA

EXPEDIGÃO 08/06/2016

DATA DE EXPEDIGÃO

NAME

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS

NATURALIDADE

BARRA DE SANTA ROSA-PB

DATA DE NASCIMENTO

03/06/1985

DOC. ORDEN

CERT. CAS. N°10833-LIV 37 - FLS 69 - CARTÓRIO GUARABIRA-PB

014 864 314-02

CPF

DATA DE EXPEDIGÃO 23/08/83

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO CULTURAL E DE ESPORTES



SISTEMA INTEGRADO DETRAN
Modulo de Multas

11/01/2018
11:01:35

D A D O S D O V E I C U L O

Placa: NPZ6337 PB Proprietario: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
Tipo: MOTOCICLETA Renavam: 225294710 Chassi: 9C6KE1Z20A0132993
Especie: PASSAGEIRO Categoria: PARTICULAR Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR V
Cor: VERMELHA Fabr/Modelo: 2010/2010 Combustivel: GASOLINA
Situacao: VEICULO EM CIRCULACAO Pagina: 01
31317

E X T R A T O D E M U L T A S

001 Auto No.: 1313422 DETRAN - PB <DEBITO EM ABERTO>
Infracao: 7366 Base Legal: Art 252 * VI (CTB) Pontuacao: 4pts
Descricao: DIRIGIR O VEICULO UTILIZANDO-SE DE FONES NOS OUVIDOS CONECTA DO
Local: AV PE INACIO DE ALMEIDA 18 GUARABIRA- Lote: 13818/42
Data/Hora: 25/11/2010 16:50 Valor R\$: 85,12 Atualizacao: 07/12/2010

R E S U M O

Multas	Qtd	Valor R\$
DETRAN-PB	01	85,12
T O T A L	01	85,12

Obs: SALVO MULTAS EM TRAMITACAO EM OUTROS ORGAOS

Na internet voce tambem participa do governo. <http://www.paraiba.pb.gov.br>

23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190179105 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
ALMEIDA SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA ESQUERDA.
DEMAIS CONSERVADOR.
P4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190179105 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
ALMEIDA SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA ESQUERDA.
DEMAIS CONSERVADOR.
P4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Antônio Francisco da Silva Almeida
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 639.420 CPF: 338.677.634-53
Endereço: R. Vicente Almeida N. 109. B. centro

OUTORGADO

Nome: Luciano Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Consultor
Identidade: 3507382 CPF: 034.864.314-02
Endereço: Joel Almeida N. 669. B. novo

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima Antônio Francisco da Silva Almeida.

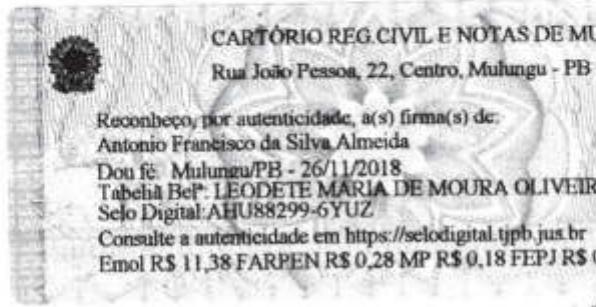
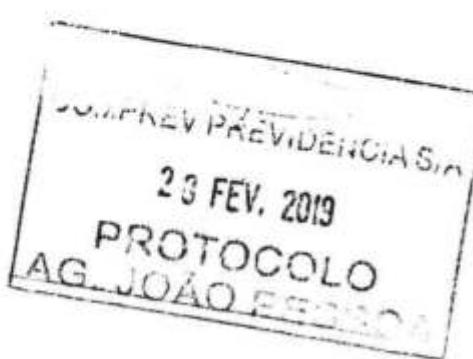
Local e data:

Mulungu PB, 26 de Novembro

Cartório
de 2018
Distrito de
Mulungu - PB

JURÍDICA PREVIDENCIÁRIA
23 FEV. 2019
PROTÓCOLO
N.º 010 PESSOA

Antônio Francisco da Silva Almeida
Assinatura do Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075003/19

Número do Sinistro: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

CPF: 338.677.634-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2018

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075003/19

Número do Sinistro: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

CPF: 338.677.634-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2018

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO