
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



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



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



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: 338.677.634-53 Nome completo da vítima: 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- Monte Alegre Número: 104 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Mulungu Estado: PB CEP: 58354000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 331994207918

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Mulungu PB 5/12/2018
Nome: Antônio Francisco da Silva Almeida
CPF: 338.677.634-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Francisco da Silva Almeida
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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 Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FABIO FACCILO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, 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 Policia 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 Sitio 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 Sitio 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 uma acidente e vindo a ser socorrido por um veículo particular ora desconhecido pelo mesmo onde foi levado para o Hospital Trauína, em João Pessoa/PB, onde ficou internado nesse citado hospital e foi cirurgiado no dia 11/07/2018

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

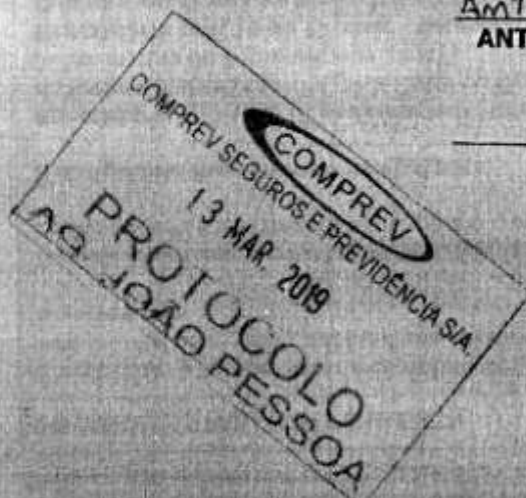
não consta.

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

Antonio Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Comunicante

José Roberto de Almeida
Escrivão (a) 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 ASSÍS**, 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.

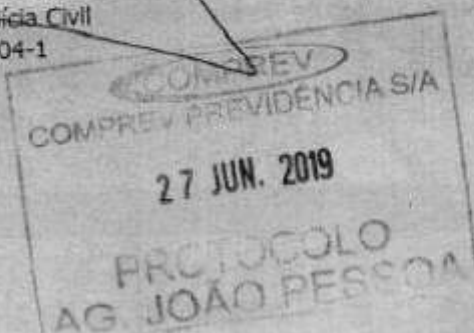
A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado: QUE afirma o noticiante que em data de 27.01.2019, esteve 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 Trauminha 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, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Antonio Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA
Comunicante

Cristóvão J A Cabral
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: 338.677.634-53 Nome completo da vítima: 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. Monte Alegre Número: 104 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Mulungu Estado: PB CEP: 58354000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 331994207918

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Mulungu PB 5/12/2018
Nome: Antônio Francisco da Silva Almeida
CPF: 338.677.634-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Francisco da Silva Almeida
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 14037

Atd: Nao Regulado

Data: 28/06/20

Hora: 12:20:38

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA MARIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P* dencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.003740

Pai: FRANCISCO DE ALMEIDA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Lesão Principal

DE MOTO, NEGA TRAUMA NA CABECA. APRESENTA
TRAUMA NA PERNA.

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

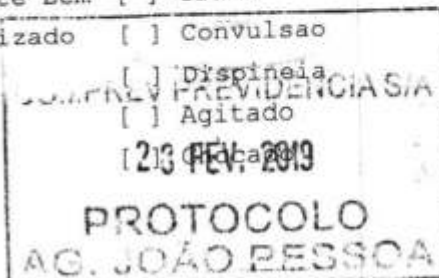
[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular

[] Vomito

Observacao



acidente com moto, repuxa o braço, dor em ATM de 7.
Exame físico - (hora do atendimento medico)
garganta, nega de abcesso no local.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

SR locone 200mg 10-20-30-40
desmopressina 1mg (40i) 13:30
anal. de urina + bioquímica
observação da cirurgia

25
(P)

(2) ALN CTBWF

1957-080
Bucca - 1957-080
1957-080

Reservado p/ liberacao

WORTHLEY PROVIDENCIA S.A.

23 FEB. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI

☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

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: 000000004264-2

Nr. da Autenticação 56CF65CFD166590A

JOANA GONZAGA DA SILVA
RUA MONTE ALEGRE, 109 - CENTRO
MULUNGU / PB CEP: 58364000 (AG. 22)

Emissão: 07/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 43 - 755 - 8880 Nº medidor: 00000226070

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.182/0001-40 - Insc. Est. 15.915.020-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 15.067.965
Cód. para Débito Automático: 00001718318

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	07/11/2018	08/12/2018	804.722.064-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/171601-8**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/10/18	35704	07/11/18	35860	1	156	30
Demonstrativo						
CCI Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc Po (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Po (R\$)
0801 Consumo em kWh		156.000	0,844680	131,76	118,53	27
0801 Adic B Vermelha				7,75	7,75	27
0801 Adic B Amarela				0,48	0,48	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA				12,58	0,00	0
0904 JUROS DE MOROS 10/2018				0,43	0,00	0
0905 MULTA 10/2018				2,56	0,00	0
0906 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018				0,82	0,00	0

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** 124,79 **TOTAL A PAGAR** 42
152 **14/11/2018** **R\$ 140,94**
Histórico de consumo (kWh)

171 | 158 | 130 | 136 | 161 | 155 | 131 | 141 | 153 | 148 | 130 | 142
Nov/17 - Dez/17 - Jan/18 - Fev/18 - Mar/18 - Abr/18 - Mai/18 - Jun/18 - Jul/18 - Ago/18 - Set/18 - Out/18
RESERVADO AO FISCO

df5.0734.710b.c7e6.5e34.43a1.c0c1.757e

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	8,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,88	
FIC TRIMESTRAL	3,49	
FIC ANUAL	6,97	
PMIC	13,95	
PMIC	3,95	
PMIC	12,22	

ATENÇÃO

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	29,46	20,82
Compra de Energia	42,48	30,85
Serviço de Transmissão	4,95	3,53
Encargos Setoriais	8,97	6,36
Impostos Diretos e Encargos	58,45	42,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	140,94	100,00

Valor em R\$ 140,94 **Pagamentos em atraso**

PARAIBA

Roteiro: 3 - 43 - 755 - 8880
Matrícula: 171601-2018-11-3

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

14/11/2018 **R\$ 140,94**

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



23 FEV. 2019
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA JOCA ATAIDE, 662 - NOVO
GUARABIRA / PB CEP: 58200000 (AG. 72)

Emissão: 12/12/2018 Referência: Dez / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro 7 - 22 - 65 - 4040 Nº medidor: 00005884956

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 16.954.507
Cód. para Déb. Automático: 0000164614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2018 12/12/2018 14/01/2019 278.937.904-15

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		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
13/11/18	4079	12/12/18	4257			172		29		
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Coef (R\$)	Coef (R\$)	
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pto/Coef (R\$) (1,2845%) (4,8955%)										
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,227800	6,83	9,83	27	2,33	9,83	0,00	0,43
0901	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,493540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	72,000	0,740300	54,04	54,04	27	14,80	54,04	0,59	2,70
0601	Adic. B Amarela			0,98	0,98	27	0,26	0,98	0,01	0,05
0610	Subsidio			51,12	51,12	27	13,80	51,12	0,55	2,56
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			12,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 05/28			156,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsidio			-34,21	0,00	0	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 últimos meses (kWh) 270
VENCIMENTO 19/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 283,72

Histórico de Consumo (kWh)

208 | 189 | 185 | 224 | 579 | 517 | 0 | 0 | 522 | 168 | 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			
Tolerância			
Limites ANEEL	Atuado	Limite de Tensão (V)	
DIA MENSAL	5,91	0,00	
DIA TRIMESTRAL	11,92		
DIA ANUAL	23,84		
FIC MENSAL	3,48	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,97		
FIC ANUAL	13,95		
DMC	3,48	0,00	
DCR	12,22		
NOMINAL 220			
CONTRATADA 202			
LIMITE INFERIOR 221			
LIMITE SUPERIOR 221			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	23,32	8,22
Compra de Energia	33,27	11,73
Serviço de Transmissão	3,53	1,28
Encargos Setoriais	5,51	1,94
Impostos Diretos e Encargos	61,85	21,83
Outros Serviços	158,04	55,00
Total	283,72	100,00

Validade FISCAL (até 10/2019) R\$ 41,30

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continuem 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 consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esse aviso e aguarde ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, 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 inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$34,21.
- Leitura confirmada

Nov/18 328,37
Out/18 315,06
Set/18 297,12

energisa
PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 7 - 22 - 65 - 4040
Matrícula: 106461-2018-12-9

19/12/2018

R\$ 283,72

83610000002-2 83720054000-8 01664612018-4 12900022019-1



23 FEV. 2019
PROCOLO
M.C. JOAO PESSOA

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 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 Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314-02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Francisco da Silva Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 338.677.634-53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Francisco da Silva Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 338.677.634-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusar-se Renda: Recusar-se e apresento os documentos comprobatórios:

Não possui

☒ 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>Jooia Almeida</u>		Número <u>669</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guaruluba</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58200-000</u>
Email <u>''</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>831988547538</u>

Guaruluba 26 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Luciano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciano Santos Oliveira,
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
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Joaquim A. Ladeira - B. Novo, nº 669,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio F S Almeida cujo o condutor era
Antonio Francisco da Silva Almeida

Veículo: Moto
Modelo: YAMAHA / FACTOR X
Ano: 2010
Placa: NEZ-6332-PB
Chassi: 9CLKE1220A0132993
Data do Acidente: 28/06/2018
Local e Data: Mulungu PB 28/06/2018

Luciano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

Antonio Francisco da Silva Almeida

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

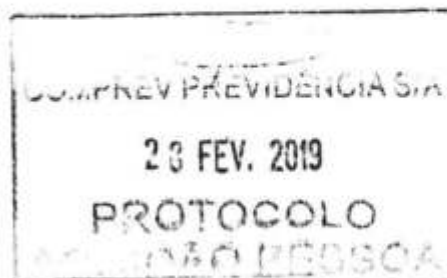
CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS DE MULUNGU
Rua João Pessoa, 22, Centro, Mulungu - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Antonio Francisco da Silva Almeida
Doutor - Mulungu/PB - 26/11/2018
Tabela Bel: LEODETE MARIA DE MOURA OLIVEIRA
Selo Digital: AHU88298-FV6J
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$11,38 Farpem R\$0,28 MP R\$0,18 Fepj R\$0,23



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Tólar
Rua Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 56200-000 - Fone: (31) 3271-8502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
LUCIANO SANTOS OLIVEIRA.....
Em test. da verdade, Guarabira-PB 27/02/2019 14:53:23
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-001518]ENOL:R\$ 9,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIG50787-0F08
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.

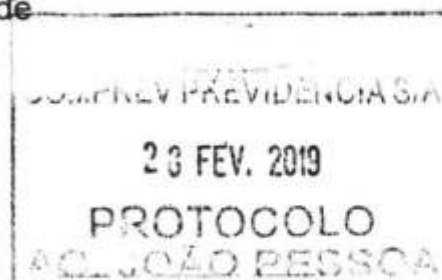
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/07/2018 com alta médica dia 13/07/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 14037

Atd: Nao Regulado

Data: 28/06/20

Hora: 12:20:38

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA MARIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P* dencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.003740

Pai: FRANCISCO DE ALMEIDA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Lesão Principal

DE MOTO, NEGA TRAUMA NA CABECA. APRESENTA
TRAUMA NA PERNA.

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

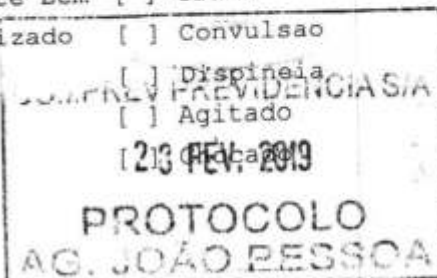
[] Hemorragia [] Dispnéia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular

[] Vomito

Observacao



acidente com moto, repuxa o braço, dor em ATM de 7.
Exame físico - (hora do atendimento medico)
garganta, nega de abcesso no local.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

SR locone 20 20 30 40
desmopressina
diapir (400) 13:30
oral. adapto + buccal
observação da cirurgia

25

(2) ALN CTBWF

1957-080
Bucca - 1957-080
1957-080

[illegible]

Reservado p/ liberacao

WORTHLEY PROVIDENCIA S.A.

23 FEB. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI

☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Antonio F. da Silva Almeida Data da Admissão: 28.6.18
Prontuário: _____ Idade: 59a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: PT com dor na MIE

HDA:

PT substa queda de mto com
grupo de dor e deformidade em
MIE

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 FEV. 2019

PROTOCOLO
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 Pescoço: [] 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 [] Solução [] 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-reposso [] 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: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

La de Renda e TNE

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura do osso da perna

Conduta: _____

Internar no HTO cirurgico

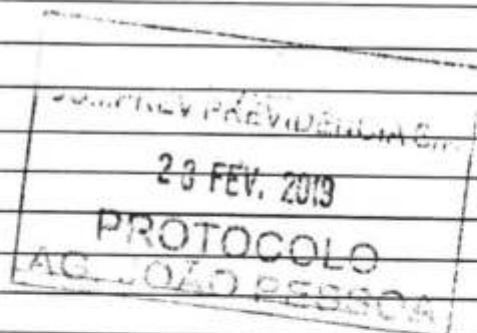
Dr. Valdean Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM 16.7692

28 JUN. 2018

*Andressa
Nascimento*

Nome: <i>Antônio Francisco da Silva Almeida</i>				Registro:	
Idade: <i>69 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>11/07/2018</i>			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
<i>Fratura dos Ossos da Perna Esquerda</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

COMPREV PREVIDÊNCIA Sim
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 fíbula**Redução dos fragmentos ósseos**Aposição de 01 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:****Data: 11 / 07 / 2018****MÉDICO/CRM**



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antonio Lima da Silva

Santa Augusta

Lauro de Souza

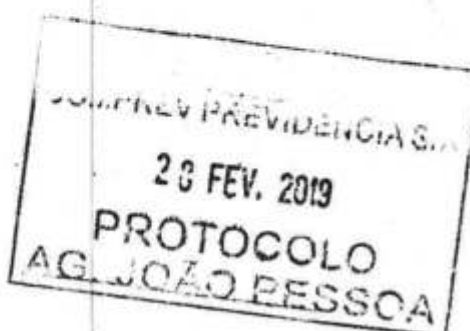
Paciente internado de observação de
tratamento, da unidade mais
serviço com função de
prof. de Física e Matemática
Paciente atende a 1ª consulta
Paciente em acompanhamento médico
com dificuldade de locomoção em
condições

GO 522/14415

14/1/18

Assinatura

Dr. Carlos T. da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293, TEOT 15316





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 107 382 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/2016

NOME LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

RELACÃO FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS

MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB

DOC DIVIDEM 03/06/1985

CERT. CAS. Nº10833 - LIV 37 - FLS 69 - CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF 014.864.314-02

0+

PREVIDÊNCIA S.M.

23 FEV. 2019

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262

CARTÃO DE IDENTIDADE

João Carlos Oliveira

01

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: 9C6KE1220A0132993
Especie: PASSAGEIRO Categoria: PARTICULAR Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR Y
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>



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. Monte Alegre N. 109. B. Centro

OUTORGADO

Nome: Raúlio Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Consultor
Identidade: 3107382 CPF: 034.864.314-02
Endereço: Rua Almeida N. 669. B. Novo

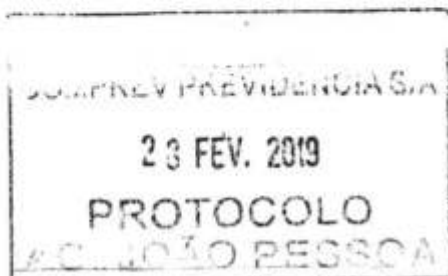
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido 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:

Melungu PB, 26 de Novembro


de 20 18

Cartório
Distrito de
Melungu - PB



Antônio Francisco da Silva Almeida
Assinatura do Outorgante

JULIA PREVIDENCIA S/A
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA


CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS DE MULUNGU
Rua João Pessoa, 22, Centro, Mulungu - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Antonio Francisco da Silva Almeida
Dou fe: Mulungu/PB - 26/11/2018
Tabela Bel: LEODETE MARIA DE MOURA OLIVEIRA
Selo Digital: AHU88299-6YUZ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 11,38 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 0,23



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

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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