

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2017

Carta nº: 10749683

A/C: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170175367 ASL-0116768/17
Vitima: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2017

Carta nº: 10750472

A/C: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170175367 ASL-0116768/17
Vítima: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº 11714220

a/c: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES

Sinistro: 3170175367 ASL-0116768/17
Vítima: PEDRO ARTUR RIBEIRO NUNES
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T196*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Pe. João Antônio Ribeiro NunesPORTADOR(A) DO RG Nº 4.068.934 EXPEDIDO POR SOSP/PR EM 22/08/14 ECPF 901938334-69 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Aux. serv. geralE RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pe. João Antônio Ribeiro Nunes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2108-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0046229-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

LOCAL E DATA

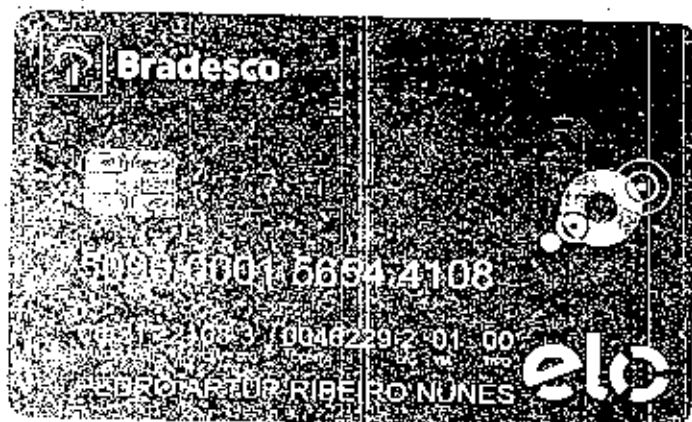
João Pessoa, 26 de Janeiro de 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

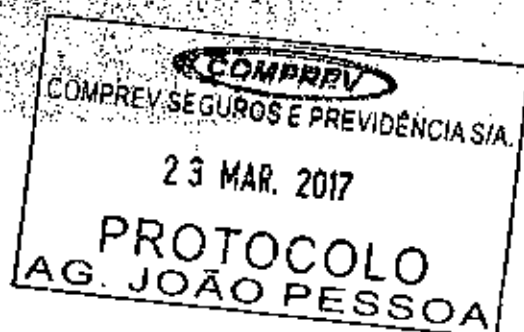
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Paulina





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

DOCUMENTO 1 *T1*



ISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 26 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Pedro Arthur Ribeiro Nunes**, CPF nº 701.938.534-69, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Adriana Flávia Calisto Ribeiro e Adalberto da Silva Nunes, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 13/03/1997 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Mario Neves do Nascimento, Nº 04, bairro Esplanada, tendo como ponto de referência Próximo Ao Supermercado Macro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98719-7900.

Dados do(s) Fatos:

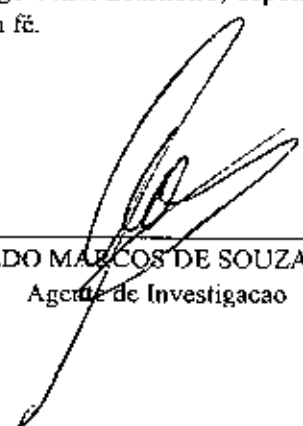
Local: Próximo a Ambev, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 17/09/16 10:20h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 17/09/2016, por volta das 10:20 hs, quando conduzia a motocicleta de marca I/SHINERAY/XY50Q PHOENIX, ano 2012/2013, de cor vermelha, chassi: LXYXCBL0XD0459280, com nota fiscal de JOSÉ GARCIA DA COSTA, que o notificante não conhece o antigo proprietário da referida motocicleta, por uma rua no distrito industrial, bairro das indústrias, nesta capital, quando outra motocicleta fez uma manobra indevida, tendo o notificante atingido a referida motocicleta perdido o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura da clavícula direita, sendo socorrido por terceiros e conduzido ao Hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de janeiro de 2017.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação


PEDRO ARTHUR RIBEIRO NUNES
Notificante





ÊNCIA DE LAUDO DO IML

EU, Pedro Antônio Ribeiro Nunes, portador da carteira de identidade nº 4.068.334 e inscrito no CPF sob o nº 401.938.534-69 residente e domiciliado na Rua Manoel Nery do Nascimento, 04 Paraná Saneamento, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

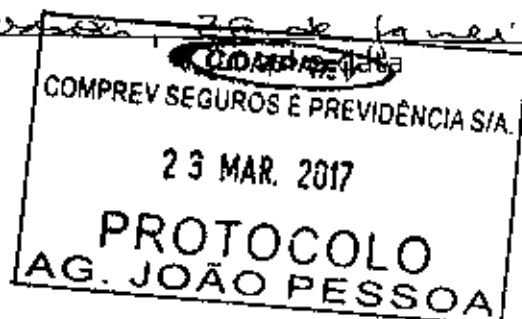
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Pedro Antônio Ribeiro Nunes

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 23 de fevereiro de 2014



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Arthur Ribeiro Nunes

RG nº 4.068.334, data de expedição 22/08/14

Órgão SSRS/PB, CPF nº 401.938.534-69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Neves do Nascimento</u>
Número	<u>04</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Anunciação</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58080-030</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98932-6361 / 98854-1132</u>
E-mail	<u>alexandre.ribeiro.nunes@gmail.com</u>

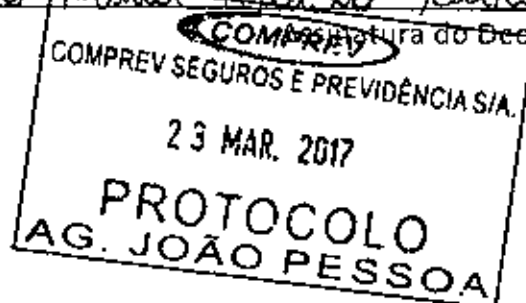
Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO 2 "T24"



Local e Data: João Pessoa / 26/01/14

Pedro Arthur Ribeiro Nunes
Assinatura do Declarante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Câmara, 220 - Jaguaribe, João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.154/0001-67

ENTRADA NÚMERO
850454

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS SET/2016

ADRIANA FLAVIA C RIBEIRO
RUA MARIO N DO NASCIMENTO 4
ERNANI SATIRO 58080-030
JOAO PESSOA

Inscrição	SOM	Quantidade de Economias				Responsável
001.28.125.0260	0	1	0	0	0	67929974
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0000260664	17/10/1998	5	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1735	1750	15	32	17/10/2016		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
MAR/2016	12	32	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2016	25	0	COL.TOTAIS	294	294	294
MAI/2016	18	0	TURBIDEZ	294	294	292
JUN/2016	15	32	CLORO	294	294	294
JUL/2016	18	0	COL.TERMOT	0	0	0
AGO/2016	1	0	COR	77	132	131
MEDIA(M)	15		DADOS REFERENTES A: AGO/2016			

DATA DA LEITURA: 20/09/2016	HORA DA LEITURA: 14:41:53				
DESCRICAO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78	26,22	R\$59,00	
DE 11m A 20m	5	21,15	16,90	R\$38,05	
TOTAIS		53,93	43,12		
047-JUROS DE MORA				R\$1,38	
050-ACRÉSCIMO(S) MES(ES) ANT.				R\$2,42	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$8,98 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.

VENCIMENTO: 01/10/2016 **Total a Pagar:** R\$100,85

V. 16.2 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: NAO REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
850454	SET/2016	01/10/2016	R\$100,85

82680000001-8 00850010820-7 08504540920-9 16000000002-8



Valor Total da Nota Fiscal

129,52

9,11

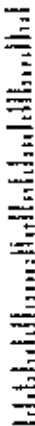
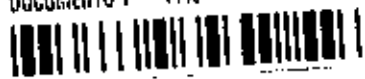
920

6,1



Atendimento Claro - Lique 1052
Auto-Atendimento - Lique 1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaciato

DOCUMENTO 1 *T19*



CTO RECIFE PE JPA PLB
JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PB

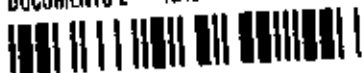


00311147



DATA DE VENCIMENTO: 15/06/16 DATA DE POSIÇÃO: 01/05/15
721134357304328000007254230010816

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

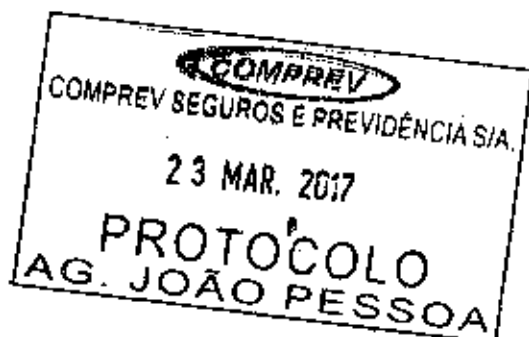
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

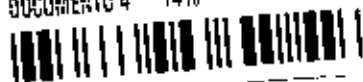
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) PERCIVAL ANTONIO RIBEIRO NUNES do sinistro de DPVAT da natureza Involidez da vítima PERCIVAL ANTONIO RIBEIRO NUNES e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Pedro Antônio Ribeiro Lima, brasileiro, Solteiro, Aux. Serv. Gerais, portador do RG de Nº 4.068.334 e CPF de Nº 401.938.534-69 vítima de acidente de trânsito dia 14/09/16 no veículo SHINERAY LXS00 de placa _____, onde eu era condutor, de propriedade de Jose Queiroz dos Santos, VENHO aqui informar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

(X) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do meu processo de _____, pois eu não posso ser prejudicado por um destes motivos acima.

Pedro Antônio Ribeiro Lima
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa, 20 de fevereiro de 2017.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PEDRO ARTHUR RIBEIRO NUNES
DATA DE NASCIMENTO	13/03/97
NOME DA MÃE	ADRIANA FLÁVIA CALISTO RIBEIRO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	948.092
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	17/09/16
HORA DO ATENDIMENTO	10:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA
CID-10	V29 + S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM USO DE CAPACETE, COM QUEIXA DE DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM OMBRO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MSD. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE OMBRO DIREITO- FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA
RX DE TÓRAX

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR COT + IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA AMERICANA + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 17/09/2016
DATA DA EMISSÃO: 17/12/2016

Dr. Joacilã Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento comprova a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

23 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Primeiro Atendimento Médico

100005923456
PEDRO ARTHUR RIBEIRO NUNES
DT. NASC.: 13/03/1997
MAG: ADRIANA FLAVIA CALISTO RIBEIRO

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: A. ORIO NEVES DO NASCIMENTO
N. 04 - EDIMARI S. PIRO
JOÃO PESSOA
FONE: (03) 22342952
CELULAR: (83) 988422522
IDADE: 19
DT. ENTRADA: 17/09/2016 10:54:05

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

PACIENTE COM HISTÓRIO DE QUEIMA DE 1º e 2º GRAU EM 1/4. RELATA
USO DE CAPACETE. ALGUMAS QUEIMADURAS, PERDA DE CONSCIENTIA E
VÔMITOS.
AO EXAME: DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D + ESCOLA
ACÇÕES EM MSD.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas
AÉREAS ☒ Sim ☒ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MÚRMÚRIO VESICULAR
HTO ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim
☒ Não
HTO ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: imp SaO₂: %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleotórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE
☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO
☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas
☐ Hipotônicas ☐ Ausente
SOPRO
☐ Presente ☒ Ausente
BE OU B4
☐ Sim ☒ Não

FC: bpm PA: X mmHg T: °C
ECG:

ABDOMEN:

Plano, Flácido, S/S de
irritação peritoneal.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☒ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decoreção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A			

23 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(FNG).CC.001-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000025923490 BE: 946092
 PEDRO ARTHUR RIBEIRO RUMES
 DT. NASC.: 13/03/1997
 MRE: ADRIANA FLAVIA CALISTO RIBEIRO
 END.: MARIO REYES DO NASCIMENTO
 N. 04 - ERNANI S OTIRO
 JOAO PESSOA
 FONE: (81) 32342952
 CELULAR: (31) 965422522
 IDADE: 19
 DT. ENTRADA: 17/03/2016 10:54:05

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
17/03/16		atendido
13/4		paciente vítima de acidente motorístico com dor e necrose na articulação. fx da joint de ombro cd: Trauma articulação Atende do 3º andar do hospital

Indicador Ponto de Atendimento
 Ocorrência Tratamento
 01-21-1023

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 23 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000029174

Idade: 19 anos

Paciente: PEDRO ARTHUR RIBEIRO NUNES

Data: 17/09/2016

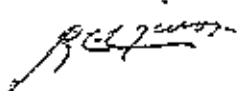
RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

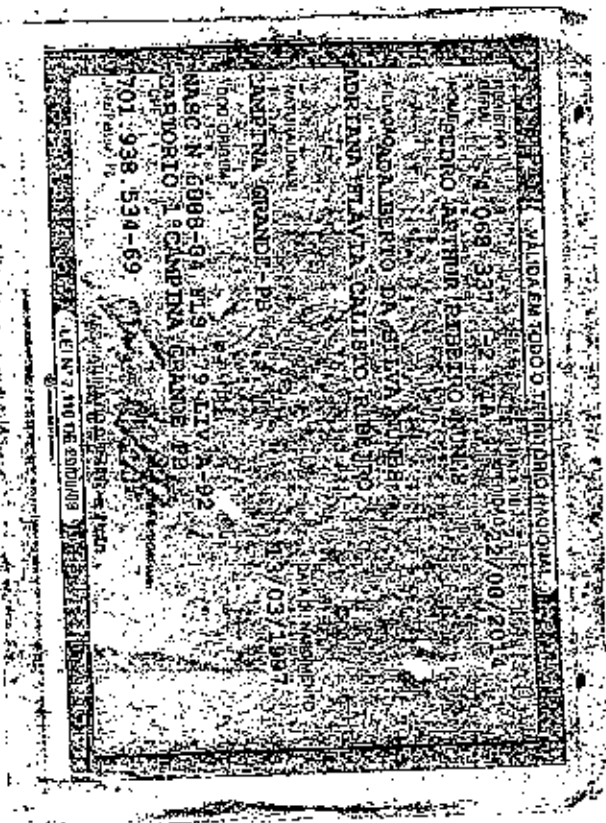
FRATURA NA CLAVICULA DIREITA.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



08
Este laudo foi liberado em 30/09/2016 13:10.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



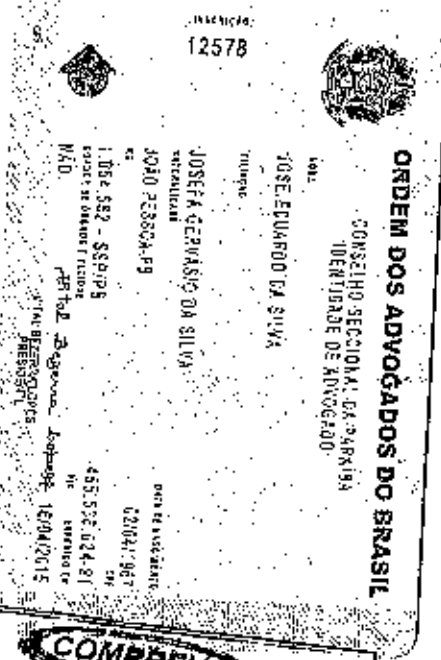
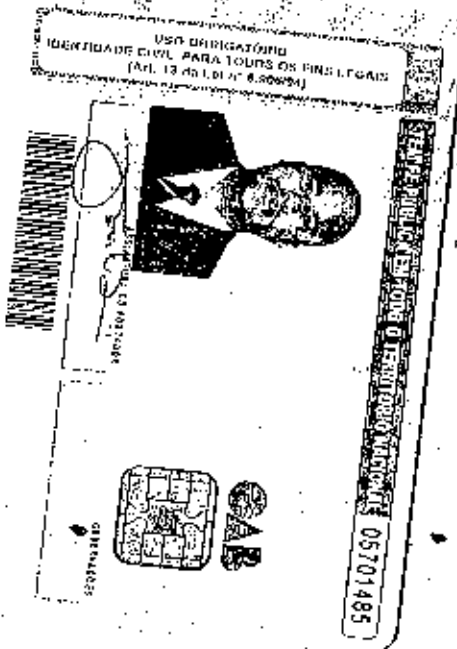
DOCUMENTO 6 *T696*



09

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 3 1970



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

23 MAR 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



STAR MOTOS LTDA

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE
ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO
CEP 58040-300
FONE (83)3031-2345

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0-ENTRADA
1-SAÍDA
Nº 000.009.531
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2513 0814 0478 2600 0110 5500 1000 0095 3115-1472 7057

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325130012113432 15/08/2013 09:45:53

NATUREZA OPERAÇÃO

VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

161869637

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

14.047.826/0001-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

JOSE GARCIA DA COSTA

CNPJ

324592.464-04

DATA DA EMISSÃO

15/08/2013

ENDEREÇO

RUA ADALGISA TARGINO DA SILVA 12

Nº DO REGISTRO

JOÃO PAULO II

CEP

58076-050

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

JOAO PESSOA

FONE/FAX

(83)8806-7368

UF

PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IBPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.805,21(45,30%)	3.985,00
VALOR DO FRET.	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.985,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR C/TA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CNPJ
	9-SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	EST	CFOP	UNID.	QUANT.	VAL. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
LXXVXC8LO XD0459280	CICLOMOT. XY500 PHOENIX VERMELHA Veículo: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q PHOENIX Comb.: GASOLINA Ano Fab: 2012 Ano Mod: 2013 Classif.: LXXVXC8LOXD0459280 Motor: JF39FMBDD058645 49cc 2,4 Hp Cor: VERMELHO Potência: 030717 NT Origem: 11194 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	090	5929	UN	1,00	3.985,0000	0,00	3.985,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

14.047.826/0001-10
STAR MOTOS LTDA.
Av. Min. José Américo de Almeida, 64
Torre - CEP: 58040-300
JOÃO PESSOA - PB

58076-050
STAR MOTOS LTDA.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 11217/2001.
MID:rh2bncx0e392e38929513a51789 PEDIDO: VN-4883 PRE-VENDA: 6326 VENDEDOR: ANA FORM. LGCTO:
CARTÃO MASTERCARD PARCELADO LOJA

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACTUAL FOI
VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.

Ref. Capom: 014744 (ECF 1)

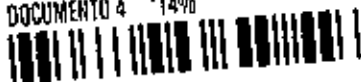
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 15/08/2013 09:48

Desenvolvido por SIG-SFS



PROCURAÇÃO

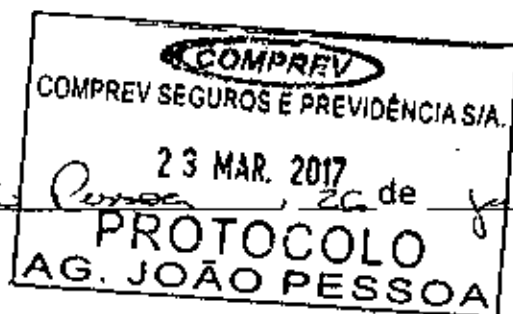
OUTORGANTE:

Pedro Arthur Ribeiro Nunes
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Auxiliar de Serviços Gerais CI RG nº 4.068.338 SSP/PB,
 CPF/MF nº 401.938534-69, residente e domiciliado(a) à Rua
Mário Neiva do Nascimento, 04 - Bumbum Satiro
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58080-030, telefone
(83)987326361, (83)35177900.

(83)986602858

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



João Pessoa, 23 de março de 2017.



Pedro Arthur Ribeiro Nunes

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de PEDRO ARTHUR

RIBEIRO NUNES, [94438], J. Pessoa-PB, 26/01/2017 11:07:53

Emol: R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Eepj: R\$1,85, ISS: R\$0,46, Em

test. da verdade. Tabelião: CELEIDA COSTA FONSECA SILVA.

Selo Digital AED36259-ALSI

<https://selo.digital/94438>