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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190545667 **Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO**

Data do Acidente: 23/10/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

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

Pag. 00005/00006 - carta_01 - INVALIDEZ
00020003
Carta nº 14798991

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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190545667

Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Data do Acidente: 23/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

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

Pag. 00083/00084 - carta_03 - INVALIDEZ
00050042
Carta nº 14798992

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190545667 **Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO**

Data do Acidente: 23/10/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

Recebedor: **JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **237**
Agência: **000005787-8**
Conta: **00000720471-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01753/01754 - carta_15R - INVALIDEZ
00020877

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	357.304.044-68	JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO
6 - CPF: 357.304.044-68
7 - Profissão: AGRICULTOR
8 - Endereço: SITIO CARNAUBAS
9 - Número: S/N
10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL
12 - Cidade: ARARUNA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58233-000
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD): 83 999479100

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRADESCO
AGÊNCIA: 5787 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 790471 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
CPF:
23 SET. 2019
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x José Belisario Ribeiro Filho
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
José Alves Pessoa

FPS 001 V002/2019

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Comarca de ARARUNA

GOVERNO DA PARAÍBA

POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 322/2019

Aos DEZOITO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade deARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:10min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO, conhecido(a) porBELISÁRIO, Identidade nº 900.731-SSP/PB, CPF nº 357.304.044-68, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de JOsé Belisário Ribeiro e Josefa Maria da Conceição, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 05/06/1963 (56 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnaúba, tendo como ponto de referência: Igreja Católica, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947.9100.

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:

1) Natureza do fato:ACIDENTE DE TRÂNSITO;
2) Data do Fato:23 de outubro de 2016;
3) Horário do fato:15h:30min;
4) Local do fato:Sítio Limão;
5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes;
6) O comunicante/vítima conduzia o veículo?SIM;
7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?NÃO;
8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN COR AZUL - PLACA MNQ2611/PB ANO/MODELO 1997/1998 CHASSI 9C2JC250WVRO85986 LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA - SÍTIO LIMÃO - ARARUNA/PB TEL: 98159.9710
JOSÉ ANULINO ISÍDIO - SÍTIO CARNAÚBA - ARARUNA/PB

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 23 deoutubro 2016 por volta das 15h:30min o noticiante pilotava a moto supracitada nas imediações do Sítio Limão; QUE nas proximidades do açude do Limão o noticiante perdeu o controle da moto vindo a colidir com uma estaca; QUE sofreu uma queda tendo fraturado a cavícula; QUE foi socorrido por populares até o hospital de Araruna e de lá encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; QUE se submeteu a procedimento cirúrgico de acordo com o laudo em anexo ; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

.

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

JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4

Secretaria da Segurança e Defesa Social
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARARUNA
ESTADO DA PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Modelo_Delegado_TJANILTO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	357.304.044-68	JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO
6 - CPF: 357.304.044-68
7 - Profissão: AGRICULTOR
8 - Endereço: SITIO CARNAUBAS
9 - Número: S/N
10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL
12 - Cidade: ARARUNA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58233-000
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD): 83 999479100

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRADESCO
AGÊNCIA: 5787 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 790471 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
CPF:
23 SET. 2019
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x José Belisario Ribeiro Filho
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
José Alves Pessoa

FPS 001 V002/2019

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: José Belisário Ribeiro Filho	
End: Sítio Boa Boca S/N	Bairro: Ataruna P.B
Data de Nascimento: 05.06.63	Documento de Identificação:
Queixa: Ac. moto	Data do Atend.: 23.10.16 Hora: 18:40 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	**Aspecto:** (✓) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	**Frequência cardiaca:**
Pressão arterial:	**Temperatura axilar:**
Dosagem de HGT:	**Mucosas:** (✓) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: (✓) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

Estratificação

MOD. 110

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(✓) Amarelo - atendimento até 1 hora ortopedia
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Maria Aparecida da Silva
Especialista Saúde Família
COREN-PB 16985

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Vai - Sonya Maria da Conceição

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

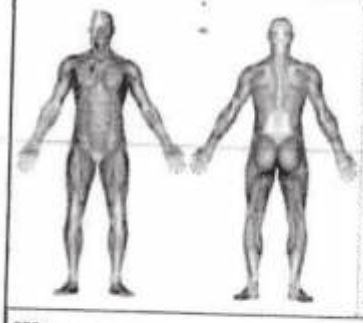
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: **00023671** — CNPJ:08-778.268/0001-60
Nome: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**
Endereço: **AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS**
Município: **CAMPINA GRANDE** Estado: **PARAÍBA** UF:25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº:1343211
Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO Sexo: MASCULINO
Profissão: AGRICULTOR 86503291 [JO] Documento 900731 RG
End.: ST.BARBACO, Bairro: ZONA RURAL
Município: ARARUNA Estado: PB CEP:
Data Atendimento: 23 / 10 2016 18:36h Código do Município: 250100
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 05/06/1963 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS.:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %: Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

RAIO X REALIZADO EM: 31 / 10 / 16

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO:
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )
Glasgow: _____ PA: _____ HGT: _____ Sat02: _____

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____ / _____ às ___:___ hs Dia ___/___/___
Especialista: _____ / _____ às ___:___ hs Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787-8

CONTA: 000000720471-0

Nr. Autenticação
BRADESCO041020190500000000002370578700000072047184375 PAGO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	357.304.044-68	JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO
6 - CPF: 357.304.044-68
7 - Profissão: AGRICULTOR
8 - Endereço: SITIO CARNAUBAS
9 - Número: S/N
10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL
12 - Cidade: ARARUNA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58233-000
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD): 83 999479100

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRADESCO
AGÊNCIA: 5787 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 790471 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
CPF:
23 SET. 2019
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x José Belisario Ribeiro Filho
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
José Alves Pessoa

FPS 001 V002/2019

JOSE ALVES PESSOA
SIT LAGOA DA MATA, 52 - AREA RURAL
ARARUNA / PB CEP: 58233000 (AG: 62)

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.620-0

Ligacao: MONOFASICO
Cla/Sbc: COM MTC B3 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Roteiro: 17 - 02 - 181 - 5520 Referencia: Ago / 2019
Medidor: 0000472182 Emissao: 27/08/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica N°030.274.076
Cód. para Déb. Automático: 00000493074

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	27/08/2019	26/09/2019	037.201.024-59 Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/849307-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
26/07/19	8715	27/08/19	8781	1	66	32

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributo	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Aliq. ICMS	ICMS(R$)	Base Calc. PIS/COFINS(R$)	PIS(R$) (1,0945%)	COFINS(R$) (4,8655%)
0601	Consumo em kWh	66,000	0,828610	54,75	54,75	25	13,69	54,75	0,60	2,73
0601	Adic. B Amarela			0,21	0,21	25	0,05	0,21	0,00	0,01
0601	Adic. B Vermelha			3,25	3,25	25	0,81	3,25	0,03	0,16
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB ILUM PUBLICA			2,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Codigo de Classificação do Item TOTAL 60,22 59,21 14,55 58,21 0,63 2,90
Tarifa s/ Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70	04/09/2019	R$ 60,22

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19
88	68	77	89	70	78	71	88	68	71	87	61

RESERVADO AO FISCO
1c6f.e919.951d.9509.42f2.21c9.ffbb.55fb.

Indicadores de Qualidade 6/2019 - Anterior

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,94	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,88	
DIC ANUAL	47,79	
FIC MENSAL	7,74	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,48	
FIC ANUAL	30,96	
DMIC	6,59	0,00
DICRI	19,80	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	13,30	22,09
Compra de Energia	21,51	35,69
Serviço de Transmissão	2,07	3,44
Encargos Setoriais	2,16	3,58
Impostos Diretos e Encargos	20,09	33,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**60,22**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 6/2019) R$ 20,25

ATENÇÃO

PG em 31/08/19

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05623.150173 4 80020000006022

PAGADOR: JOSE ALVES PESSOA - CPF/CNPJ: 037.201.024-59
SIT LAGOA DA MATA, 52 - AREA RURAL - ARARUNA / PB CEP: 58233000

Nosso Nr	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005623150	0308493072019008	04/09/2019	R$ 60,22	

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Agencia / Codigo do beneficiario: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via da conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 031.361.291

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.833-0

DADOS DO CLIENTE
MARIA DA PAZ BEZERRA
SIT CARNAUBA S/N
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/578119-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	19/09/2019	60	26/09/2019	R$ 17,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06436.587171 3 80240000001748

Pagador: MARIA DA PAZ BEZERRA CNPJ/CPF: 033.853.434-29
SIT CARNAUBA S/N - AREA RURAL - ARARUNA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006436587	000578119201909	26/09/2019	R$ 17,48	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 JOSÉ ALVES PESSOA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.201.024/59, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 357.304.044/68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ BELISARIO RIBEIRO FILHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 357.304.044/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: SÍTIO LAGOA DA MATA		Número: 52	Complemento:
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: ARARUNA	Estado: PB	CEP: 58233-000
E-mail:			Tel.(DDD): 83.999479100

Local e Data: ARARUNA - PB, 19 DE SETEMBRO DE 2019

José Alves Pessoa
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA,
RG nº 1.319.605 2ª VIA, data de expedição 29/11/2014,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 033.683.454-35,
com Domicilio na cidade de ARARUNA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO LIMÃO,
_____ nº S/Nº, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vitima
JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO, cujo o condutor
era JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO.

Veiculo.....: HONDA / CG 125 TITAN
Ano.....: 1997
Modelo.....: 1998
Placa.....: MNQ 2611 / PB
Chassi.....: 9C2JC250WVR085986
Data do acidente.: 23 DE OUTUBRO 2016

Local e data: ARARUNA-PB, 16 DE SETEMBRO DE 2019

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

X José Ailton Miguel da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

RECONHEÇO

X _____
Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

RECONHEÇO verdadeira Letra(s) e Firma(s)
por autenticidade de José Ailton Miguel da Silva
Araruna 16 de Setembro de 2019
Em Testº _____ da verdade.
Aramira Fernandes Medeiros
TABELIÃ

SELO DIGITAL
AJ007598-BH17
Consulte Autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO MARTINS DE SOUSA

SUS
Sistema Único de Saúde

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
2° NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE
MÓDULO ASSISTENCIAL DE ARARUNA

FICHA DE REFERÊNCIA

NOME DO USUÁRIO: José Rosário Ribeiro Filho

DATA DE NASCIMENTO: 05 / 06 / 63 SEXO: Masculino (X) Feminino ( )

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal de Araruna - PB

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Fratura de clavícula direita

H.D.A.: Paciente vítima de queda da própria, relata dor em clavícula direita com sinais de inflamação (edema), limitação ao movimento, sem crepitação. Apresenta mossinha de clavícula, com erros sugestivo de fratura. Nega outras queixas.

Ao exame: Corado, anictérico, acianótico, normocorado, normocrânio, eupnéico e afebril
ACV: RCR em 2T's, BNF s/s FC: 86 bpm
AR: MVD em ABP's s/r FR: 19
AD: Rítmico e normal

H.D.: Fratura de clavícula direita

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS: Radiografia da clavícula direita

Avaliação da ortopedia

DATA: 23 / 10 / 2016

Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA INSTITUÍDA:

DATA: / /

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento

ATENÇÃO: Enviar em duas vias (carbonadas)

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

José Belesoruo
Ribeiro Filho

Pós operatorio
de patrono de
direito evolui
com boa função
do ombro esquerdo

6/12/16

MOD. 001

Dr Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO
CRM 6817 TEOT 12637
Clínica CTO/Rua Dr Chateaubriand 206
Tel 3341-2580 / 3341-2566

____/____/____ _____
Data Médico

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

7 2

DIAGNÓSTICO

Px 1/5 média cervicalgia (5)

5

FOLHA DE TRATAMENTO | EVOLUÇÃO

José Belisário

Paciente	José Belisário Ribeiro	Alojamento: 7	Leito	2	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
24/10	1.Dieta P/ HAS							
	2.SRL 1000ml EV/24h SF 0,9%.			14	22			REG, estável
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12		18		24	06	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12				24		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06						AMW: ar
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							CD: VPM
	~~8. Clexane 40mg SC/dia~~ SUSP							
	9.SSVV + CCGG							

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

José Simão [redacted] 7º dorsal

Paciente		Alojamento:	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta		
	2.~~SN 1500ml EV/24h~~		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/Jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. ~~Clexane 40mg SC/dia~~		
	9.SSVV + CCGG		

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Liquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (X) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (X) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** (X) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evolui com ECR ✓ hipertenso mas não toma medicação ha ± 1 ano. Nega alergia a medicação, sem queixas e sem intercorrencia, HCPM, segue os cuidados da equipe de enfermagem e aguarda cirurgia com ortopedia

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 24/10/16 HORA: _____ h

Anny Karolliny L. [illegible]
ENFERMEIRA
COREN-PB [illegible]

FONTE: BORDINHÃO, R.C: Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] | Registro: | Leito: F-2 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_20

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: (✓) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: ( )VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: (✓)Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (✓)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias ( )Outros:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (✓) Escoriações ( )Outro:

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado

Condições das mucosas: (✓)Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:___/___/___

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (✓) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Adriana T. Santos Enfermeira COREN-RS 420512 DATA: 28/12/14 HORA:_____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx 1/3 médio clavícula E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Belizário	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/10	1) Dieta livre p/ HAS 2) SF 0,9% 1000ml, EV, em 24H 3) Dipirona 1FA, EV, 6/6H 4) Tilatil 20mg, EV, 1x/dia 5) Fraxiparina 0,3ml, SC, 12/12H 6) SSVV e c.g.		REG, Estável AP Murmúrios vesiculares presentes CD = Upma Ex. RNE - AP [illegible]

MOD. 835

ADVANCE DIAGNÓSTICO	Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574	Número de Controle: 201909/1836 Código de autenticação: ah3AQjKoSE2ZwmDaFv3B4w

Laudo Radiográfico

Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO

Data de nascimento: 05/06/1963 (56 a. 3 m.)

Sexo: MASCULINO

RG: 900.731

Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

Data do exame: 16/09/2019

Empresa: ADVANCE DIAGNÓSTICO

CLAVÍCULA - Esquerdo - AP

Conclusões:

Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação. Placas e parafusos sem sinais de soltura

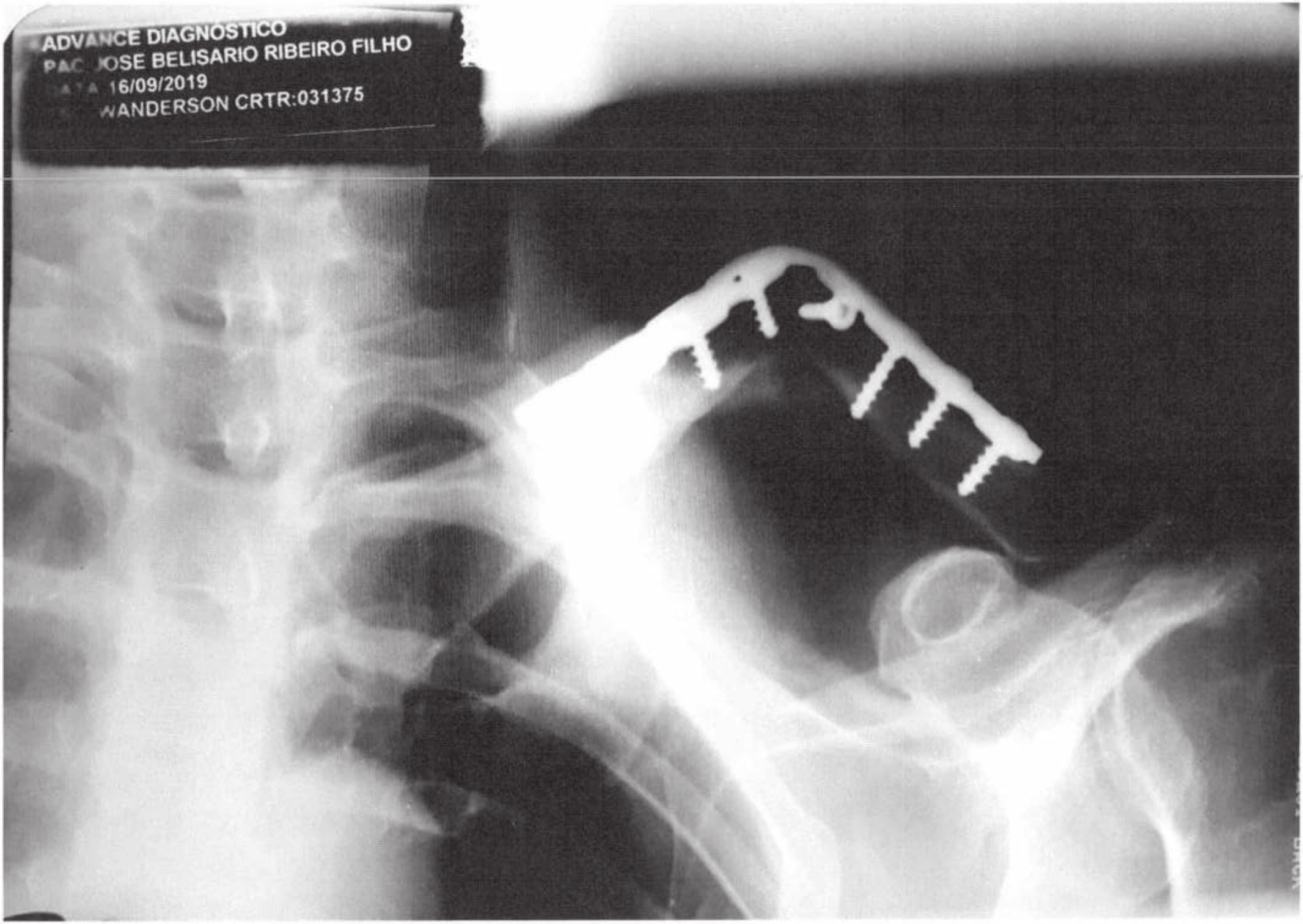
Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.

Dr. Alberto Luis Fukuda

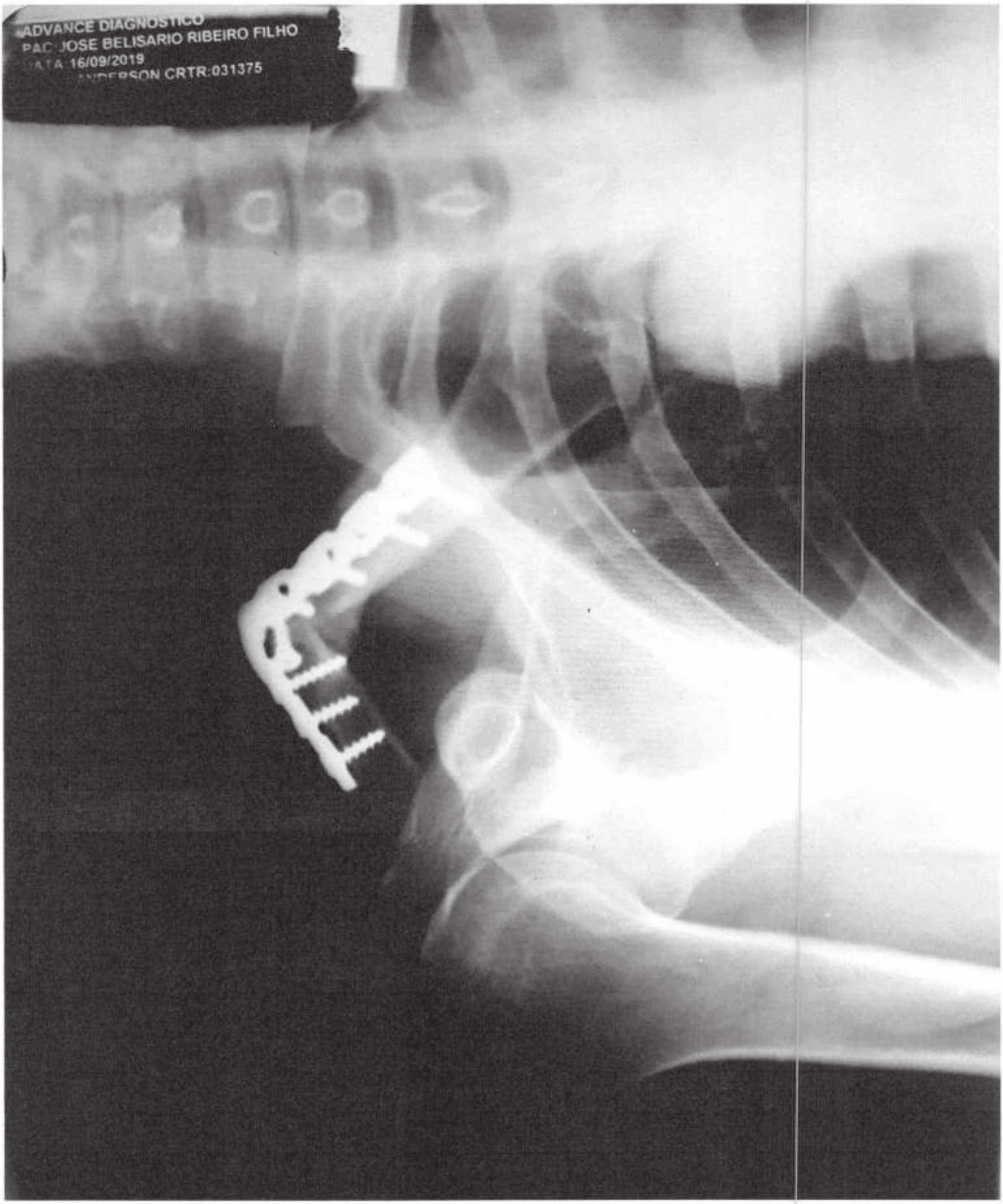
CRM: 140906

Radiologista

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

ADVANCE	Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574	Número de Controle: 201909/1836 Código de autenticação: ah3AQjKoSE2ZwmDaFy3B4w

Laudo Radiográfico

Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO

Data de nascimento: 05/06/1963 (56 a. 3 m.)

Sexo: MASCULINO

RG: 900.731

Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

Data do exame: 16/09/2019

Empresa: ADVANCE DIAGNÓSTICO

CLAVÍCULA - Esquerdo - AP

Conclusões:

Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação. Placas e parafusos sem sinais de soltura

Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.

Dr. Alberto Luis Fukuda

CRM: 140906

Radiologista

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.

CÉDULA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

José Belisário Ribeiro Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 900.731

NOME JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO

FILIAÇÃO José Belisário Ribeiro
Josefa Maria da Conceição

NATURALIDADE C.de Dentro/PB DATA DO NASCIMENTO 05/jun/1963

DATA DA EMISSÃO 28/Jan/1982.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

AG. 1º
X M
010.1

JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

NASCIMENTO 05.06.63
IMPRESSÃO DO CPF 357 324 044 68
CONTRIBUINTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE ALVES PESSOA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2511611 SSP PB

CPF
037.201.024-59

DATA NASCIMENTO
08/12/1980

FILIAÇÃO
EPAMINONDAS ALVES
PESSOA
HELENA BRASILIANO

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
03762841110

VALIDADE
07/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
06/01/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1169623539

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/10/2015

10661071890
PB031436390

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169623539

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 9640160232
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	ANTRC	EXERCÍCIO
1	69759680-0	PRT 20112500002730-2 00/00000000	2011

NOME: JOSE AILTON MIGUEL DA SILVA

CPF/CNPJ	PLACA
03368345435	MNQ2611/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
MNQ2611 PB	9C2JC250WVR085986

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 TITAN	1997	1998

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

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
	IPVA PAGO EM	11/08/2011	1ª
	FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
	*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	P A G O	11/08/2011

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO 0

LOCAL	DATA
ARARUNA-PB 33294	02/03/2012

40568

CONTRAN

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

PB Nº 9640160232 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	CPF / CNPJ	PLACA
2011	03368345435	MNQ2611/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9640160232 — EXERCÍCIO 2011 — DATA EMISSÃO 02/03/2012

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	03368345435	MNQ2611/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
697596800 GAS	HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB	CAT TARIF.	Nº CHASSI
1997	9	9C2JC250WVR085986

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	11/08/2011

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
40568-1003252-20120302

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9640160232
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
816044781 1

VIA	COD. RENAVAM	ANTRC
1	69759680-0	PRT 20112500002730-2 00/00000000

NOME/ENDEREÇO: JOSE AILTON MIGUEL DA SILVA
SITIO LIMAO SN
ZN RURAL
58233000 ARARUNA-PB

CPF/CNPJ	PLACA
03368345435	MNQ2611/PB

NOME ANTERIOR: ANTONIO GOMES DE ANDRADE

PLACA ANT/UF	CHASSI
MNQ2611 PB	9C2JC250WVR085986

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125-TITAN	1997	1998

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

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO 0
N.Motor : JC25E-W085986

LOCAL	DATA
ARARUNA PB 33294	02/03/2012

40568

DENATRAN CONTRAN

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190545667 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO **Data do acidente:** 23/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P2/12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2/12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-900

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.319.605 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2014

NOME JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA

FILIAÇÃO AMARANTE MIGUEL DA SILVA
LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE CACIMBA DE DENTRO-PB

DATA DE NASCIMENTO 03/01/1963

DOC ORIGEM CASAM N.4286 FLS.45 LIV.B-12
CARTORIO ARARUNA-PB

CPF 033.683.454-35

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190545667 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO **Data do acidente:** 23/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P2/12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2/12 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSAO: AGRICULTOR Nº DO RG: 900.731
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 28/01/1982
Nº CPF: 357.304.044-68 ENDEREÇO: SÍTIO CARNAUBAS, S/Nº, ZONA RURAL DE ARARUNA - PB.

OUTORGADO: JOSÉ ALVES PESSOA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSAO: TAXISTA Nº DO RG: 2511611
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB. DATA DE EMISSÃO: 17/12/1997
Nº CPF: 037.901.024-59 ENDEREÇO: SÍTIO LAGOA DA MATA, Nº 52, ZONA RURAL DE ARARUNA - PB.

PODERES:
Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

ARARUNA-PB, 09 de JANEIRO de 2018.

RECONHEÇO

José Belisário Ribeiro Filho
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

RECONHEÇO verdadeira Letra(s) e Firma(s) por autenticidade de José Belisário Ribeiro Filho, doufé: —x—
Araruna 09 de janeiro de 2018
Em Test° da verdade.
Araucia Fernandes M. Moura
TABELIÃO

SELO DIGITAL
AGE82340-FVEZ
Consulte Autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO MARIA DE SOUSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328184/19

Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Data do acidente: 23/10/2016

CPF: 357.304.044-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE ALVES PESSOA : 037.201.024-59

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO : 357.304.044-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/09/2019 Nome: JOSE ALVES PESSOA CPF: 037.201.024-59	Data do cadastramento: 23/09/2019 Nome: RENATO LUNA DIAS CPF: 705.216.494-98
JOSE ALVES PESSOA	RENATO LUNA DIAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328184/19

Número do Sinistro: 3190545667

Vítima: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Data do acidente: 23/10/2016

CPF: 357.304.044-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO : 357.304.044-68

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 26/09/2019	Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: JOSE ALVES PESSOA	Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 037.201.024-59	CPF: 114.261.744-03
JOSE ALVES PESSOA	LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO