

Declaração do Proprietário do Veículo

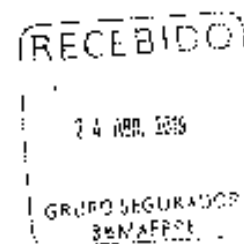
Eu, MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS,
RG nº 285654231, data de expedição 1 / 1 / ,
Órgão SSP RJ, portador do CPF nº 066.992.644-38, com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado da(s)
PÁRABA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: MARECHAL NEVES DA FONSECA, nº 3636,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABIANO DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRZ 300
Ano: 2019
Placa: DF29105
Chassi: SC2ND1110H8007421
Data do Acidente: 16/09/2018
Local e Data: Av. Senador, 15 de Novembro de 2019.

Manoel Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

FABIANO DOS SANTOS SILVA

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



MAPFRE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS

RG nº 285697231, data de expedição 18/12/10,

Órgão SECC, portador do CPF nº 066.972.644.38,

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: MARECHAL HERMES DA FONSECA, nº 1636,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FABIANO DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2017

Placa: QFZ-9105 Chassi: 9C2ND1110HR007421

Data do Acidente: 16/09/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA

Manoel Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

Decarlinto
10º Ofício

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

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

Decarlinto
Assinatura - 10º Ofício
Cadastra com a gente

Rua Francisco Luís Penha dos Santos, 75 - Jardim Colonial
João Pessoa - PB - CEP: 54017-010 - Fone: (51) 328-8000
www.decarlinto.com.br @decarlinto
Thales Magis Albuquerque

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmado(s) de:
MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 23/09/2019 14:27:32
Rhaanerth Romero Mendonça Sales Oliveira Cruz - Escrev.
2019-0655971ENL:R\$ 89,91 FAFEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,76 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJA36717-VVZX

Confira a autenticidade em <https://selodigital1.feb.ius.br>

MAPFRE

12 SET 2019



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Fabiano dos Santos Silva

DATA DE NASCIMENTO 09/08/96

NOME DA MÃE Vera Lucia Alves dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 11116

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1108781

DATA DO ATENDIMENTO 16/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 11:01

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de cotovelo esquerdo e fêmur direito

CID 10 S62.0 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, estava de carona na moto, trazido pelos bombeiros, apresentando fratura exposta em cotovelo esquerdo e fratura fechada em coxa direita, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, cotovelo E, coxa D, perna D

USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de cotovelo E, fratura de fêmur D.

USG:nomal.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de cotovelo E com fixador externo e fêmur direito com tração transesquelética (realizado em 16/09/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com fixação (realizado em 11/10/18). Retirada de fixador externo em MSE (realizado em 17/10/18). Manipulação articular do cotovelo esquerdo (realizado em 30/10/18)

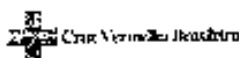
ALTA HOSPITALAR: 01/11/18

DATA DA EMISSÃO: 07/12/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: CML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. GREGÓRIO LUSANA, km - PEDRO GONÇALVES - GRUPO: 28812 - Tel: 3332199/00

Boletim de Atendimento: 1103781



Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
1126748	FABIANO DOS SANTOS SILVA	Masculino	
Unidade de atendimento	Idade	Estado Civil	Religiosa
05/04/1996	23 anos e 7 dias		Católica
Nome		Mãe	
VIRALÚCIA ALVES DOS SANTOS		FRANCISCA HENRIQUE DA SILVA	
Residência		Responsável (Paciente)	
		BEATRIZ DE ARAÚJO GOMES - CINHAUGIA	
CPF	CNPJ	CPF	CNPJ
000.000.000-00	00.000.000-00	000.000.000-00	00.000.000-00
Tipo de atendimento		Número do documento	
Atendimento de emergência		00000000000000000000	
Local de procedência		Tipo	
AV DOM PEDRO II		BARRIO	
Estado		Cidade	
PARANÁ		BAYEUX	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
65221-40	BAYEUX	PR	RIO DO MEIO
Nº	Complemento	Bairro	
00		RIO DO MEIO	
Admissão			
Data e hora	Número de protocolo	Código	
16/02/2018 11:01:32	1000005284724	SUS	
Especialidade		Clínica	
Cirurgia Geral			
Classificação de risco		Tipo de atendimento	
		RUA	
Causa de atendimento		Data e hora do acidente	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA		VEICULO X MOITO	
Indicadores e Transporte			
Como foi o transporte	Plano de saúde	Via de atendimento	Tipo de atendimento
Resgate - Bombeiros	Não	Não	Não
Método de transporte		Qual o transporte	
Resgate - Bombeiros			
Sinais Vitais			
PA	FC	Pulso	Temperatura
120/80	70	70	36,5
Exames complementares			
Exame X	Sangue	Urina	TC
Diagnóstico			
Ano Flávia Melo			
GRUPO: 28812, 1905/18			
Assinado por			
ANNE VALESKA PEREIRA LIMA			
Impressão			



<input checked="" type="checkbox"/> SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HICP				2 - CATEGORIA:		3 - NÚMERO DO CONTRATO:	
1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SOLICITANTE: HICP				4 - CATEGORIA:		5 - NÚMERO DO CONTRATO:	
6 - NOME DO PACIENTE: Gabriel dos Santos Silva				7 - DATA DE NASCIMENTO:		8 - SEXO:	
9 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE:				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE):	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:				13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA:		14 - UF:	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - INTERIOR				19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - INTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - EXTERIOR				21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - EXTERIOR			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID-10 PRINCIPAL		24 - CID-10 SECUNDÁRIO	
25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS							
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE OU DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE				29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE				<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIDADE			
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: al agulha de pressão 4.00							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:				38 - DATA DA SOLICITAÇÃO:			
39 - DOCUMENTO (CPF):				40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:				42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
43 - DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:				44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:			



RELATÓRIO DE CIRURGIA

FORM

Nome: Fabiano dos Santos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 31/10/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ J.R.: _____
Cirurgia: Consolidação viciosa Unao distal Manipulação costal ☒
Cirurgião: Dr. Renato Gomes 1º Assistente: Dr. Tiago Almeida
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. João Matheus
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início 14:00 Término 18:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Consolidação viciosa de fratura do Unao distal Esquerdo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manipulação Articular do Costal Esquerdo</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 30/10/18

NOME: Inbimo das Santos Silva
 ENDEREÇO: Trat. Curup
 CIDADE: Trat. Curup
 ESTADO: Trat. Curup
 CEP: Trat. Curup
 DATA: Trat. Curup
 ASSINATURA: Trat. Curup
 RUBRICA: Trat. Curup

REF ID: A66081

[illegible]

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ALUMINIO	100	KG	1.50	150.00
2	ACERO	50	KG	2.00	100.00
3	CONCRETO	10	M ³	120.00	1200.00
4	CEMENTO	50	KG	0.50	25.00
5	ARENA	100	M ³	10.00	1000.00
6	GRANULADO	50	M ³	15.00	750.00
7	GRASA	10	KG	1.00	10.00
8	ACEITE	5	L	2.00	10.00
9	ANTICORROSIVO	10	L	1.00	10.00
10	PAINT	5	L	2.00	10.00
11	ALAMBRE	100	M	0.10	10.00
12	PERFORADOR	1	UNDA	100.00	100.00
13	SIERRA	1	UNDA	150.00	150.00
14	MAQUINA DE COSER	1	UNDA	200.00	200.00
15	ALICATE	10	UNDA	1.00	10.00
16	DESTORNILLADOR	10	UNDA	1.00	10.00
17	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
18	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
19	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
20	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
21	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
22	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
23	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
24	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
25	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
26	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
27	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
28	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
29	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
30	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
31	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
32	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
33	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
34	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
35	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
36	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
37	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
38	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
39	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
40	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
41	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
42	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
43	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
44	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
45	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
46	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
47	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
48	ALICATE DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
49	DESTORNILLADOR DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00
50	SIERRA DE MANO	10	UNDA	1.00	10.00

7136.51.00.00

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo: Paciente em posição ventral no asseio. Anestesia + intubação</p>
<p>Incisão: - Não houve.</p>
<p>Achados: Fratura consolidada irreversível com pequenos restos do osso distal. - Não há movimento funcional</p>
<p>Condutas: - Realizada a amputação da Articulação do Carpo Esquerdo - Cuidado do arco do movimento de extensão corrigindo o arco funcional de 10°</p>
<p>Fechamento: - Não houve.</p>
<p>Observação:</p>

Verificação CRM:

Dr. João Pessoa
 Médico Cirurgião
 CRM 123456

João Pessoa, 30/10/12



RELATÓRIO DE CIRURGIA

15/10/2011

Nome: Roberto da Costa Silva SE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 15/10/2011
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ IR: _____
Cirurgia: Ressecção de glândula próstata no RSB
Cirurgião: Dr. Nishime 1º Assistente: Dr. Pacheco
2º Assistente: Dr. Manoel R. L. 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infecção do trato urinário</u>	
<u>Pontuação do escore de avaliação</u>	
<u>multifocalizada</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de glândula próstata no RSB</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☐) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☐) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensiva (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 17/10/2011

150

NOME DO PACIENTE: FIDELIANO DOS SANTOS SILVA
 22.1308181 - BENTLANDO - RIBEIRÃO - 15.000 CA
 DE RES: TIO - BASTIANIA DE FIMOSOL EXTERNO MSE
 FIMOSOL DA - ALCEMILE - FIMOSOL - 10.000 CA
 ANESTESIA: SEDACHO
 EQUIPAMENTO: DA - 5.000.000.000.000

DATA: 11/01/18 HORA: 08:30h FIM: 08:50h

ANALYSIS OF THE DATA OF THE 1950-1951 CENSUS OF THE UNITED STATES

[Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/07/14](#)

ANALYTICAL TESTS	0.0				
------------------	-----	--	--	--	--

[illegible]

78610 Enlargement
COUNCIL PR 511 275

PACIENTE: Roberto dos Santos Silva Jr DATA: 12/01/18 PRONTUÁRIO: 12
 SEXO: M CIDADE: Curitiba
 PRESSÃO ARTERIAL: 90 PULSO: 90 RESPIRAÇÃO: 16/min TEMPERATURA: 36,0 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: B
 ESTADO GERAL: BOM PRETILAR: MAU PESSIMO: RESERVA RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR: MAU PESSIMO:
 EXAMES COMPLEMENTARES: OK AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. RESPIRATÓRIO: OK ESTADO MENTAL: Consciente DROGAS EM USO: N
 AL. DIGESTIVO: OK PRE-ANESTÉSICO: N ESTADO FÍSICO GERAL: B
 DISSEMINAÇÃO: N
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre AUXILIARES: Dr. Paulo
 INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N QUANT. DE CIL. VALORES R\$: 121
 ANESTESIA: Propofol CPF: 160.468.31434 CRM-PH: 121
 AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. DIGESTIVO: OK
 AL. PRETILAR: MAU
 AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. REGULAR: MAU
 AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. CPF: 160.468.31434
 AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. AL. CPF: 160.468.31434
 AL. AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AL. AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. AL. AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. AL. AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. AL. AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. AL. AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. AL. AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. AL. AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. AL. AL. CPF: 160.468.31434
 AL. AL. AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AL. AL. AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. AL. AL. AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. AL. AL. AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. AL. AL. AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. AL. AL. AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. AL. AL. AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. AL. AL. AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. AL. AL. AL. CPF: 160.468.31434
 AL. AL. AL. AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. AL. AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. AL. AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. AL. AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. AL. AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AL. AL. AL. AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. AL. AL. AL. AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. AL. AL. AL. AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. AL. AL. AL. AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. AL. AL. AL. AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. AL. AL. AL. AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. AL. AL. AL. AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. AL. AL. AL. AL. CPF: 160.468.31434
 AL. AL. AL. AL. AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Alexandre
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AUXILIARES: Dr. Paulo
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. INÍCIO DA ANESTESIA: 4:00
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. TÉRMINO DA ANESTESIA: 4:50
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. CONTINÚO DO PROCEDIMENTO: N
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. QUANT. DE CIL.: 121
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. ANESTESIA: Propofol
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. CPF: 160.468.31434
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. CRM-PH: 121
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. CIRCULATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. RESPIRATÓRIO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. DIGESTIVO: OK
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. PRETILAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. RISCO CIRÚRGICO: BOM
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. REGULAR: MAU
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. PESSIMO: RESERVA
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. DISSEMINAÇÃO: N
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Retirada do material cirúrgico
 AL. AL. AL. AL. AL. AL. AL. CIRURGIÃO REALIZADA:



HOSPITAL
MARTINA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DEFINIR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparação

Paciente em DPH sobre a mesa
Cirurgia de laparoscopia

Inclinação

Achados:

Conduta:

Realizada a laparoscopia
Cirurgia de laparoscopia

Fechamento:

Observação:

Paciente em DPH
Cirurgia de laparoscopia

Dr. João Pessoa
CRM: 123456

João Pessoa,

17/10/2023

Médico/CRM:

FIG2.A5CR.002

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Sistema União de Saúde </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Ministério da Saúde </div>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - CNES	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO				4 - CAPS	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - NÚMERO DO CADASTRO	
7 - CATEGORIA NACIONAL DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA UNIDADE RESPONSÁVEL				10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº, CIDADE)				12 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. DE MUNICÍPIO	
15 - ESTADO DE RESIDÊNCIA				16 - UF	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - CATEGORIA DE RISCO		23 - DE 1º PRINCÍPIO		24 - DO 1º SEMESTRE	
25 - DO 2º SEMESTRE		26 - DO 3º SEMESTRE		27 - DO 4º SEMESTRE	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)					
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - SOLICITAÇÃO DE DÁTA DE UTILIZAÇÃO JÁ REALIZADA ANTERIORMENTE				31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - RESERVAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Cx. 4.5</p> <p>PLACA DO LARGA 10F</p> <p>PARAFUSO COTILHA Nº 32</p> <p>11 11 11 11 11 11 11 11 11 11</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>01</p> <p>04</p> <p>04</p> </div> </div>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - DOCUMENTO				41 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
42 - Nº DO DOCUMENTO (PROFISSIONAL SOLICITANTE)				43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
46 - DOCUMENTO				47 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
48 - Nº DO DOCUMENTO (PROFISSIONAL AUTORIZADOR)				49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: FABIANO DOS SANTOS SILVA DE/PRONTUÁRIO: 1108782
IDADE: _____ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: _____ DATA: 11/10/2018
CLÍNICA/SECTOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: CTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO
CIRURGIÃO: DR LAURI 1ª ASS: DR BRENO
2ª ASS: _____ 3ª ASS: MR DANIEL
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
T.P.O. DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	
COM PLACA DCP LARGA 10 FURDS + PARAFUSOS CORTICAIS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ X ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 11/10/2018

Assinado digitalmente
MÉDICO
CRM 11154



RELATÓRIO DE CIRURGIA

ASSINATURA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA
VIA DE ACESSO SUBVASTO LATERAL
AVULSÃO, DIVULSAO E DISSECCÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAPISARIA DE FEMUR DIREITO
Condução:
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FEMUR ESQUERDO
FIXAÇÃO COM PLACA DCP 10 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURTIVOS ESTEREIS
RX CONTROLE
Refechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Carlos Almeida
Médico
CRM 44.194

João Pessoa,

11/10/2018

[illegible]

10/01/2011

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/01/11

FRONTIÁRIO: 10.08.2011

PACIENTE: Yasmin dos Santos Silva

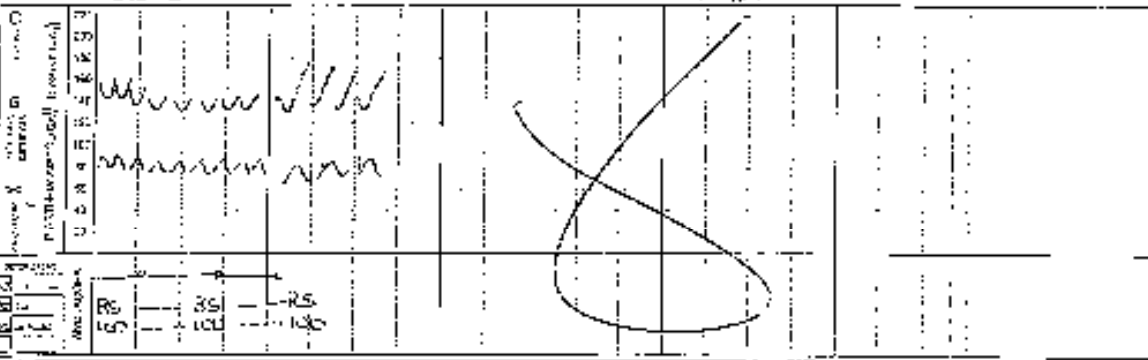
SEXO: M COR: BRANCA

IDADE: 22

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PELO	GRUPO SANGÜÍNEO
120/80	106	REGULAR	36,5°C	O
ESTADO GERAL	REFLEXOS	MAPE	PERÍMETRO	RISCO CIRÚRGICO
BOM	REGULAR	MAPE	PERÍMETRO	REGULAR
EXAMES COMPLEMENTARES	NENHUM			
AP. RESPIRATÓRIO	CLÍNICA	AP. CIRCULATÓRIA	GRUPO SANGÜÍNEO	(12/11/11)
AP. DIGESTIVO	ESTADO GERAL	LOC	GRUPO SANGÜÍNEO	
PRO-ANESTÉSICO	NENHUM			
PRO-ANESTÉSICO	NENHUM			

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<u>Fratura de Fêmur</u>		
CIRURGIA REALIZADA	<u>Fixação de Fêmur de Fêmur</u>		
CIRURGIÃO	<u>Dr. João</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA	<u>10:00</u>	TERMINO DA ANESTESIA	<u>11:30</u>
DURAÇÃO DA ANESTESIA	<u>1h 30</u>		
CODIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE OR.	VALORES RS	
ANESTESISTA	<u>Dr. João</u>	CPF	<u>888.888.888</u>

10h	11h	12h	13h
10h	11h	12h	13h
10h	11h	12h	13h
10h	11h	12h	13h



ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> REGIONAL	<input type="checkbox"/> SEDATIVA	<input type="checkbox"/> SEDATIVA
-----------	-------------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO		
1	Propofol 1%	10
2	Fentanyl 50 mcg	12
3	Midazolam 2 mg	14
4	Atropina 1 mg	16
5	Clonidina 2 mg	18
6	Desfentanyl 10 mcg	20
7	Ortopneumia 8 mg	22
8	Dipriva 20	24
9	Cetorolona 10 mg	26
10		28

1) <u>Propofol 1%</u>	<u>10</u>
2) <u>Fentanyl 50 mcg</u>	<u>12</u>
3) <u>Midazolam 2 mg</u>	<u>14</u>
4) <u>Atropina 1 mg</u>	<u>16</u>
5) <u>Clonidina 2 mg</u>	<u>18</u>
6) <u>Desfentanyl 10 mcg</u>	<u>20</u>
7) <u>Ortopneumia 8 mg</u>	<u>22</u>
8) <u>Dipriva 20</u>	<u>24</u>
9) <u>Cetorolona 10 mg</u>	<u>26</u>
10) <u></u>	<u>28</u>



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	FABIANO DOS SANTOS SILVA	RAE	1105781	Distância Entrada	16/09/2018 11:01:32	Data Baixa	
Data de nascimento	08/08/1986	Idade	22a 1m 7d	Sexo	Masculino	CNS	
Mãe	VERA LUCIA ALVES DOS SANTOS					Teléfono de Contato	(83) 98728962
Federacao	RIO DO MEIO, SP	Estado	RIO DO MEIO	Município	BAYEUX	Puerto de	
Acidente	CICLO X MOTO	Veículo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULTRÉAU	UF	PA
Hora Classificação	16/09/2018 11:01:32			Data Hora Prescrição	16/09/2018 15:55:07	Nº Cens. Regional	8303/PB

Anamnese

Paciente submetido a tratamento cirúrgico: de Fx exposta do cotovelo esq (fix ext) + fx distal de fêmur dir (tração quiescente). sem intercorrências à enfermagem

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/8H

Diluir

DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTÓPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MG/SM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/SM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <50)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/SM)

Diluir

TRAMADOL 80MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 8,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MG/SM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/SM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 85/55

16/09/2018 15:55:07

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

GLICOSE

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S42.4 Infecção da estrutura da Infartado Cerebro

Conduta

Internar Paciente

FABIANO DOS SANTOS SILVA

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOJUTREAU
(CRM: 9301/PB)



Sistema
União de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NÚMERO ESTAB. SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2 - NOME DO ESTAB. SOB VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3 - CINES

4 - DATES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DO PACIENTE

7 - CATEGORIA NACIONAL DE CATEGORIA(S)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, CEP)

12 - ALACIÃO DE RESIDÊNCIA

13 - COL. RUA ALACIÃO

14 - UF

15 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ASH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - ESPECIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO OU DO ATENDIMENTO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - INTERNO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SUGERIDO - ALTERNATIVA

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ESPECIAL

22 - NOME DO PROCEDIMENTO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28 - SOLICITANTE (NOME, ENDEREÇO, TELEFONE, FAX)

29 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

30 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

31 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

32 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

33 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

34 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

35 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

36 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

37 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

38 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

39 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

40 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

41 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

42 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

43 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

44 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

45 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

46 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

47 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

48 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

49 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

50 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

51 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

52 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

53 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

54 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

55 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

56 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

57 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

58 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

59 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

60 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

61 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

62 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

63 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

64 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

65 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

66 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

67 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

68 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

69 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

70 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

71 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

72 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

73 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

74 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

75 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

76 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

77 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

78 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

79 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

80 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

81 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

82 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

83 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

84 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

85 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

86 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

87 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

88 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

89 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

90 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

91 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

92 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

93 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

94 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

95 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

96 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

97 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

98 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

99 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

100 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

32 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

40 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

42 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

43 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

44 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

45 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

46 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

47 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

48 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

49 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

50 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

51 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

52 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

53 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

54 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

55 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

56 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

57 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

58 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

59 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

60 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

61 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

62 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

63 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

64 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

65 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

66 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

67 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

68 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

69 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

70 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

71 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

72 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

73 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

74 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

75 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

76 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

77 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

78 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

79 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

80 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

81 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

82 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

83 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

84 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

85 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

86 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

87 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

88 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

89 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

90 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

91 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

92 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

93 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

94 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

95 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

96 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

97 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

99 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

100 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

101 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

102 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

103 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

104 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

105 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

106 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

107 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

108 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

109 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

110 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

111 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

112 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

113 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

114 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

115 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

116 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

117 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

118 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

119 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

120 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

121 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

122 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

123 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

124 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

125 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

126 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

127 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

128 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

129 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

130 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

131 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

132 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

133 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

134 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

135 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

136 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

137 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

138 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

139 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

140 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

141 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

142 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

143 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

144 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

145 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

146 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

147 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

148 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

149 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE

150 - ENDEREÇO DO SOLICITANTE



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Fabiano dos Santos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 26/12/16
Clínica/Setor: Proctologia EMP: _____ LR: 1
Cirurgia: Proctomia de urgência de urgência de urgência
Cirurgião: Frederico Rodrigues 1º Assistente: João Pessoa
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	
<u>Proctomia de urgência de urgência de urgência</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelamento: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa



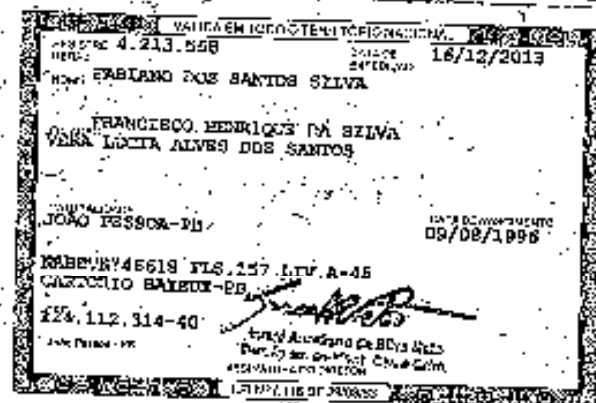
RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	deitada sobre o lado direito
Incisão:	incisão para abertura do túnel externo no osso ilíaco
Achados:	branca consistente do conteúdo do
Conduta:	resecção da parede do túnel externo e do conteúdo do
	de ressecção extensiva e completa de
	permanente e
	ressecção e ablação de tecido
	externo e subcutâneo
	sem os perimetros
	de ressecção de tecido
	no lado direito
Fechamento:	curativo
	curativo
	curativo
Observação:	curativo

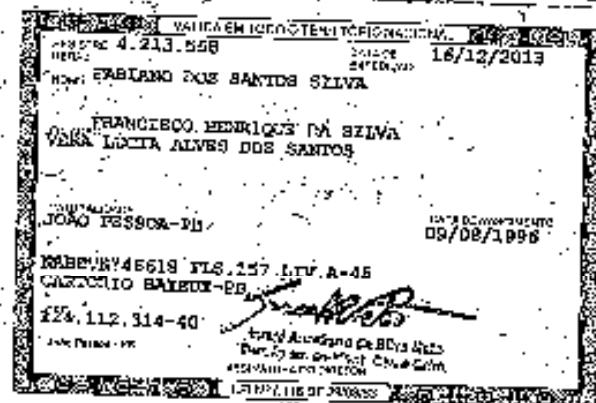
João Pessoa, 16/01/15

Médico/CRM:



16-09-19
7108781
121146
Roto

RECEBIDO
24 MAR 2008
GILSON S. GUARADOS
REMAITE



16-09-19
7108781
121146
Foto

RECEBIDO
24 MAR 2013
GILSON S. GUARADOS
REMANE

Declaração do Proprietário do Veículo

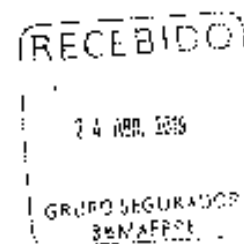
Eu, MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS,
RG nº 285654231, data de expedição 1 / 1 / ,
Órgão SSP RJ, portador do CPF nº 066.992644-38, com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado da(s)
PÁRABA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: MARECHAL NEVES DA FONSECA, nº 3636,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABIANO DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRZ 300
Ano: 2017
Placa: 0F29105
Chassi: SC2ND1110H8007421
Data do Acidente: 16/09/2018
Local e Data: Av. Senador, 15 de Novembro de 2018.

Manoel Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

FABIANO DOS SANTOS SILVA

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





DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE ECONÔMICA

Eu FABIANO DOS SANTOS SILVA,
Nacionalidade Brasileira, Estado civil solteiro, RG nº.
4.213.658, CPF nº. 124.312.314-40, com domicílio ou
Rua Emancipação Rio do Meio nº 148, bairro Rio do Meio,
CEP 52308-140, Cidade Goianira, UF: PI, afirmo sob as
penas da Lei, que não disponho de condições financeiras suficientes para arcar com as custas e
despesas do processo sem que comprometa meu sustento próprio e da minha família.

Assim, requiro os benefícios da gratuidade Judicial
Constitucionalmente assegurada no art. 5º, inciso LXXIV¹ c/c Art. 98² e ss do CPC/2015 e ainda,
Enunciado 29 da Súmula do E. Tribunal de Justiça³.

Goianira, 15 de fevereiro de 2019.

Fabiano dos Santos Silva

CPF nº 124.312.314-40

¹CF, Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

... LXXIV – o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.

² CPC/2015, Art. 98, Art. 99. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e as honorárias advocatícias tem direito à gratuidade da justiça, no âmbito da lei.

³Súmula 29. Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a restituir dos valores da Defensoria Pública (publicada no DJ em 29, 30 e 31/05/1996).



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 2471 8403

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

1911 013 00015106-5 10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290142 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NO ÚMERO / PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P7 P11 P13 P14 P17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290142 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NO ÚMERO / PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P7 P11 P13 P14 P17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

FABIANO DOS SANTOS SILVA

Nacionalidade: Brasileiro, Estado civil: solteiro, Profissão: autônomo,
RG nº: 4.213.558, CPF nº: 124.112.314-40, com domicílio na
Rua Traveessa Rio do Meio nº 148,
Bairro: Rio do Meio, CEP: 58308-140, Cidade: Bayeux,
UF: PB. Pelo instrumento de procuração an final assinado, nomeia e constitui seu bastante
procurador o Dr. MÁRCIO DA SILVA DAVID, brasileiro, casado, advogado, inscrito na
OAB/PB sob o nº. 24.027 e Dra. MARILENE JOSÉ DA SILVA VIANA, brasileira, casada,
inscruta em direito, inscrita na OAB/PB sob o nº. 11.500-E, com escritório profissional situado
a Rua Duque de Caxias, nº 470, Centro, Cidade João Pessoa - PB, telefones respectivos nº. (83)
9.8851-0213 - 9.9803-0263 e 9.9610-4221 Email: escritoriomd@joaopessoa.com.

A quem confiere poderes, para o foro em geral, com a cláusula "ad
judicia", a fim de que em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direitos do
outorgante perante qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia,
Fundação ou Entidade Patrimonial e Privada, propondo Ação competente em que o outorgante seja
autor ou reclamante e, defendendo-o quando for réu, interessado, requerido ou reclamado,
podendo reclamar, prestar declarações, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber
e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar
declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes,
se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste
mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa 15 de fevereiro de 2019.

Fabiano dos Santos Silva

CPF nº 124.112.314-40

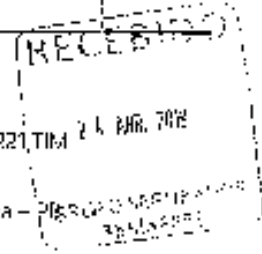
MÁRCIO DA SILVA DAVID

Advogado - OAB/PB 24027

tel: (83) 9 88510213 (OI) / (83) 9 98030263 (TIM) 9.9610-4221, TIM 24.027

Email: escritoriomd@joaopessoa.com

Rua Duque de Caxias, nº 470, Centro, Cidade João Pessoa - PB 58308-140



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Número do Sinistro: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 16/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

MARCIO DA SILVA DAVID : 012.145.154-28

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: MARCIO DA SILVA DAVID
CPF: 012.145.154-28

MARCIO DA SILVA DAVID

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

LUCAS GARBO GALVAO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIO DA SILVA DAVID : 012.145.154-28

Documentos de identificação
Procuração

FABIANO DOS SANTOS SILVA : 124.112.314-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: FABIANO DOS SANTOS SILVA
CPF: 124.112.314-40

FABIANO DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 441.172.858-31

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Número do Sinistro: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 16/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: MARCIO DA SILVA DAVID
CPF: 012.145.154-28

MARCIO DA SILVA DAVID

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

LUCAS GARBO GALVAO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A9: **3190290142** 3 - CPF da vítima: **124.112.314-40** 4 - Nome completo da vítima: **FABIANO DOS SANTOS SILVA**

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

5 - Nome completo: **FABIANO DOS SANTOS SILVA** 6 - CPF: **124.112.314-40**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **TV. RIO DO MEIO** 9 - Número: **148** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **RIO DO MEIO** 12 - Cidade: **DAYEUX** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **58308-140**
15 - E-mail: **MSDADVO.CACIA@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDD): **(83) 988510213**

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1911** CONTA: **59839** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (a 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não emitida

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2251 1448 8085

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

FABIANO DOS SANTOS SILVA
1911 013 00059839-6

elo

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ALIMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do Arquivo ou ASU: COT da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **ERIBANO DOS SANTOS SILVA** CPF: **1241482-3/4-40**
Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **RUA TRAVESSA RIO BELUEIO** Idade: **48** Complemento:
Bairro: **RIO DO LÉIO** Cidade: **BAIXEUX** Estado: **PI** CEP: **88508-140**
E-mail: **(85) 918809-2298**

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

REVENHA MENSAL

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATE R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os titulares de conta poupança) ☐ CONTA CORRENTE (para os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3911** CONTA: **00035106** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o código da agência) (Informe o código da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a revelar a minha situação financeira, de minha titularidade, e valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu desejar, sem qualquer ônus, desde que a mesma seja após a aprovação da cobertura, quitando a totalidade do valor devido.

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 de Perícia Médica Legal (IML) com os fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (qualquer uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não está disponível para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não está disponível para fins do Seguro DPVAT.

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo de Perícia Médica Legal (IML) com os fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (qualquer uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Seu ou sua esposa com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima não for casada, informe o nome completo: _____

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima tiver filhos, informe a quantidade: _____ Se a vítima não tiver filhos, informe a quantidade: _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo de Perícia Médica Legal (IML) com os fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (qualquer uma das opções):

Testemunhas
1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem solicita a RGD
Assinatura do Beneficiário (decl. autor): **Ferreira dos Santos Silva**
Assinatura do Representante legal (se houver): **Assinatura da Proprietária (se houver):**

(*) A declaração de ausência de laudo de perícia médica legal deve ser assinada pelo titular do seguro, ou por seu representante legal, e deve ser acompanhada de cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos os envolvidos.



Nº DC SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU. FABIANO DOS SANTOS SILVA

PORTA DORIA CO. KS N° 4-213.658

EXPEDIENTE POR 5595

□-1 16 / 12 / 2013 =

[illegible]

E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIA(XX) O VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DE VIDA DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DEBEMOS EFECTUAR EL CRÉDITO DE ACORDO CON LAS INFORMACIONES ABAJO PRESTADAS.

(*) A Circular Súmula nº 445/30⁷², que trata da prevenção à lavagem de dinheiro na mercadoria seguradora, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar o cadastro de todas as pessoas e entidades no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos dados relativos à identificação pessoal, informações acerca do endereço e da fonte de renda mensal.

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

- Conta salário ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLESA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização da UNFAT:
 - Para esse banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples razão de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválida ou pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Informos que não é a mesma da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro D'VAT é responsabilidade do agente regulador (procuradora ou reguladora).

Os bancos BRADES (CUIA) e SANTANDER disponibilizam, em português simples no site, informações sobre a titularidade da conta de crédito em português simples, a fim de ajudar na compreensão da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Fidej-CPVAT para abertura de conta "POUPANÇA" para fins de CPVAT sem ônus para o requerente. Cartão de abertura disponível no endereço eletrônico: www.fidejseguradora.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANC O _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da FONTE (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS GRADESQUILIAIS, BANCO DO BRASIL E UNIA ECONÔMICA FIDELITY)

Nº do BANCOS 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 912 Vº da CONTA (com dígito, se existir) 00019106-0

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

João Pereira .. 15 de fevereiro de 2019 - Luciano dos Santos Silva -
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários) 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 a idade com a tabela de seguros privados na Lei 11.344/2006) e reembolso de até R\$ 7.000,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para saber mais e acessar o site de análise de reclamação de indenização, acesse www.dpvatseguro.gov.br/aplicacao.nbr ou ligue para o SAC DPVAT 0800-6771204.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

N° 00314.01.2019.1-001.401

CERTIFICADO, em razão de não ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00314.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a retranscrever na íntegra: ÀS 15:32 horas do dia 09 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Detetismo de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberto Gouveia Nêlva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordeiro, Agente de Investigações, matrícula 1565699, ao final nascente, competentes Fabiano dos Santos Silva, CPF nº 124.112.314-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Aposentado, Filho(s) de Vam Leoni Alves dos Santos e Francineir Henrique da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) na(à) Travessa Rio do Meio, Nº 148, bairro Rio do Meio, tendo como ponto de referência Próximos a Creche Gláucia Martins, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98303-2298.

Dudas do(s) Fato(s):

Local: Av. Pedro II, próximo da Estação Moema, Jd. Papanova/PR, Bairro Tupy; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/18 10:20h. Tipificação: em tese, capitaliza no(s) UEL 9.503/97 ART. 303 e 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 16/05/2013 por volta das 16:20 horas quando transitava de escola sr. Aq. Pedro II, Touros, João Pessoa - PB, com o veículo tipo HONDA/XXE 3000 cc e ano/des: 2017/2017, do cor/preto de placas: Q5Z9105/PB CHASSI: 9C2ND1J10H8007421 pertencente a MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS; Que seguiu o mesmo seguia normalmente sentido DAMA quando um veículo que estava parado na via com os sinais de alerta ativada, que a mesma que conduzia, o declarante transitava normal na via quando o veículo abruptamente entrou a esquerda para entrar na garagem de uma casa transado a ponto que conduziu o declarante, QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar, Que foi socorrido pela vizinhança dos ROMBEIROS conforme sendo conduzido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS E TRAUMA SENSADOS TUMBERATO LUCENA de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1208781; PRONTUÁRIO Nº 111116 onde foi diagnosticado a fratura de osso do esquerdo e foram direito CID B352.0 e S72.2 de acidente com objeto móvel do DR. JUAN JAINE ALCOSA ARCE CRM: 13237PB.

Sendo o que havia a excitar, elenitizado(s) o(s) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Oculição. A referida é vertida. Doc. 8.

Indão Pessoa/PB, 09 de agosto de 2019.

Chico
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigacion

FADIANO DOS SANTOS SILVA
Nasciente



Exatidão e presente copia, reprodução fiel do original apresentado, em testemunho de veracidade:
João Pessoa-PI 13/01/2019 20h59:12
José Francisco de Silva - Escrivão
(2019-0-02531) SMO-RB 2, 48, PAPER 10, 300g
SELO DIGITAL: 3692836-9661
Confira a autenticidade em: www.fazfidelidade.org.br

Preprint JHEP07 (2016) 003

RECIBIDO
24 ABR. 2019
AL SEÑALADOR
BENAFISE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FABIANO DOS SANTOS SILVA, portador da
carteira de identidade nº 4.213.558 e inscrito no CPF/MF sob o nº
124.112.314-40, residente e domiciliado na
RUA TRAVESSA RIO DO MEIO, 142, RIO DO MEIO, Cidade
JOÃO PESSOA, Estado PARAIBA, 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

() 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 Lidor 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
discordo do seu conteúdo.

João Pessoa, 15 de dezembro de 2019.
Local e data

Fabiano dos Santos Silva
Assinatura do declarante





VISTO EM: 2x 102/18

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Ednardo B. Alves de Sousa
Major CBPM
Mat. 521.808-1

João Pessoa-PB, 07 de Fevereiro de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 041/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/09/2018, conforme requerimento nº 045/19, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 10h09min o/a Sr.(a) **FABIANO DOS SANTOS SILVA**, CPF nº 124.112.314-40, vítima de acidente de trânsito (colisão carro/moto), ocorrido na AV Pedro II, Torre, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo A13-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com fratura exposta de membro superior e fratura fechada de membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas, Saneador Humberto Lucena.

Para constar, eu, **André Vieira de Souza**, CB BM, Mat. 523.518-9, (Assinatura) Auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que val assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Chefe da 3ª Seção 525.945-2



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Estado da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar
Rua Doutor Orestes Lobo, S/Nº, Conj. Edm. Jardim, 55081-000, João Pessoa/PB
Fones: (83) 3243-0444 / (83) 3216-6761 / (83) 3216-7070 (fax) - E-mail: cophm@bombeiros.pb.gov.br

102/18

102/18

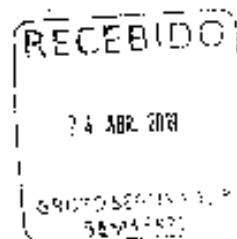
DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu FABIANO DOS SANTOS SILVA, portador
(a) da carteira de identidade nº 4.213.658, CPF 124.112.314-40,
residente na rua: TRAVESSA R'ô DOMÉIO, 148, R'ô DOMÉIO, declaro
em sã consciência, que resido no endereço acima declarado
até esta data.

Esta Declaração é s expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo
civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal
Brasileiro.

Fabiano dos Santos Silva

Assinatura



THEORY OF THE EARTH

The theory of the earth is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the causes of the changes which have taken place in its history.

The theory of the earth is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the causes of the changes which have taken place in its history.

THEORY OF THE EARTH

1. 本會之宗旨：(1) 維護僑胞之合法權益；(2) 促進僑胞之團結；(3) 加強僑胞之聯繫；(4) 提高僑胞之素質；(5) 服務僑胞之需要。

Author: whitney.meng@sagepub.com

UC (Unidade Consumidora): 5/330931-5

DOI: 10.1002/ajb.b.30064 16728 16747 22.04 10.00 1.56 1.25

Hierarchy of Controls [HWA]															
02	03	018	002	075	005	005	007	039	073	009	020				
Ag-17	SUBV	ACTG	Subv Control	Subv	POLR	PLSR	PLSR	600E	VARI	JOB3					

Indicadores de Qualidade			Desempenho	
Unidade da ANEEL	Acurácia (%)	Índice de Satisfação (0-100)	Atendimento	Qualidade
Região Nordeste	95,2	88,5	92,1	90,3
Região Sudeste	96,8	91,2	93,5	92,7
Região Sul	97,5	93,8	95,2	94,1
Região Centro-Oeste	96,1	90,5	94,8	93,2
Região Norte	94,3	87,9	91,6	89,8
Total	95,8	90,8	93,4	91,8

ATENÇÃO Produto sem álcool

RECEIVED
24 APR 1959
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C.

Itaúcard



PC-00

MARCIO DA SILVA DAVID
R GETULIO VARGAS 455
RIO DO MEIO
58308-100 BAYEUX - PB

Postagem: 02/08/2019

Vencimento: 15/08/2019

Emissão: 01/08/2019

020819

Fechamento próxima fatura: 01/09/2019

Titular **MARCIO DA SILVA DAVID**
Cartão **5317.XXXX.XXXX.0331**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital

vencimento

15/08/2019

A) pagamento total

397,55

B) pagamento mínimo

59,64

C) parcelas fixas

35,17
+23x 35,17

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito retetivo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	2.300,00
Limite utilizado no mês	1.161,65
Retirada de recursos (Paisisique)	520,00

Veja outras opções na 2. folha

Lançamentos: compras e saques**MARCIO S DAVID (final 0331)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
30/03	BRAZMOTORS CHEVROLET/04/05	50,00
15/06	MARISA 643 02/02	35,98
27/06	Uber Do Brasil Tecnolo	20,24
02/07	POSTO JOAO PESSOA PJP	143,37
03/07	PIB RECIFE	4,00
20/07	NETFLIX.COM	45,90
27/07	Uber Do Brasil Tecnolo	12,16
27/07	BRAZMOTORS CHEVROLET/01/10	80,00

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75686 61240.862526 50451.550003 6 000**

Número do Documento: 00168612408/0331876
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: MARCIO DA SILVA DAVID - 012.145.154-28
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70
Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POÁ - SP

Número Número: 175/08612408-6
Valor do Documento: R\$ 397,55
Vencimento: 15/08/2019

recibo do pagador

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75686 61240.862526 50451.550003 6 000		
Local de Pagamento: Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. De preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					Data de Vencimento: 15/08/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço: BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POÁ - SP					Assinatura / Código Beneficiário: 2525/04515-5
Data do Documento: 15/08/2019	Número do Documento: 00168612408/0331876	Especie DOC: FT	Assinatura: N	Data do Proponente: 01/08/2019	Número Número: 175/08612408-6
Itaú Banco:	Carteira: 125	Especie: R\$	Quantidade:	Valor:	(+) Valor do Documento: R\$ 397,55
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar integralmente o valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					(-) Descontos / Aposentados:
					(+) Juros / Multa:
					(=) Valor Pago:
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: MARCIO DA SILVA DAVID - 012.145.154-28 R GETULIO VARGAS 455 - RIO DO MEIO - 58308-100 BAYEUX - PB					
Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Autenticação



12 SET 2019

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MÁRCIO DA SILVA DAVID

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.145.154 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIANO DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.112.314 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANO DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.112.314 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AGENTE DE MANUT. Renda: R\$ 4.603,41 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>R. GETÚLIO VARGAS</u>	Número: <u>455</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>RIO DO MEIO</u>	Cidade: <u>BAYEUX</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>MSDADVOCACIA@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>58308-100</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 988510213</u>

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03 DE SETEMBRO DE 2019

Márcio da Silva David
Assinatura do Declarante

Dr. Márcio da Silva David
Advogado
OAB/PB 24087

