
Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547993

Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547993

Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547993

Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000044887-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 705.257.874-37 Nome completo da vítima: Antônio Walter Ferreira de Lima

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

Nome completo: Antônio Walter Ferreira de Lima CPF: 705.257.874-37

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Queimados Número: 3/n Complemento: _____

Bairro: Zona rural Cidade: Paulista Estado: PB CEP: 58.860-000

E-mail: ti.werton@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99900-0530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 ☐ CONTA: 44887 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011

Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima 1ª Nome: _____

CPF: 705.257.874-37 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Antônio Walter Ferreira de Lima Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 08/07/2010
TERMINAL: 07321001

MODAL: CC-CAIXA
CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0732 013.00044887-9
NOME: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8067

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190547993
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Valter Ferreira de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Queimados, S/N
Zona Rural Paulista PB CEP: 58860-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4157318
Data local do acidente: [22/06/2019]
Data local do exame: [27/09/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/06/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA QUE EVIDENCIOU HEMORRAGIA EPIDURAL DATADO DO DIA 23/06/2019 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA E CRANIOPLASTIA, ENCAMINHADO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONDE PERMANECU POR 48 HORAS E MAIS 4 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. EVOLUIU COM CRISES CONVULSIVAS E FOI PRESCRITO POR NEUROCIRURGIÃO CARBAMAZEPINA DE 200 MG 2X AO DIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, ALEM DE FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.
Data da Alta: 28/06/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA
DÉFICIT DE ATENÇÃO
ALTERAÇÕES COGNITIVAS
DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS
AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0668/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **22/06/19** hora: **19h:00min**

Notificante: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA, alcunha "**NEGO**",
Nacionalidade: brasileiro, união estável, agricultor,
naturalidade: Pombal/PB, nascido em 06/09/1993, documento: RG nº
4.157.318 SSDS/PB, CPF nº 705.257.874-37, filho(a) de Valdenor
Ferreira de Lima e de Luzia Vieira de Lima, endereço: Sítio
Queimados, Zona Rural de Paulista/PB, referência: telefone para
contato 83-9 9905 8067.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ROBERTO FONSECA BARROS**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: **, nascido em
/ / , cor/raça: ***, Estado Civil: **,
Profissão: , Escolaridade: **, documento: ,
filiação: e de
, endereço: **** , referência: . Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: O noticiante relata que na data 22/06/19 por volta das 19h:00min estava dirigindo uma motocicleta modelo Honda CG 125 Fan KS, cor preta, placa NQH 9670/PB, chassi 9C2JC4110AR531310, renavam 0019170897-6, registrada em nome de Maria das Graças R Leandro, quando nas imediações da CAGEPA no município de Paulista/PB uma motocicleta em sentido contrario atingiu a motocicleta do noticiante; Que o noticiante caiu na via pública e foi socorrido para o Hospital local. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 24 de Julho de 2019. Às 15:20 horas.

<u>Antonio Valtor Ferreira De Lima</u>	
☒ Notificante	☐ Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	
PROCURADOR GERAL	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 705.257.874-37 Nome completo da vítima: Antônio Walter Ferreira de Lima

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

Nome completo: Antônio Walter Ferreira de Lima CPF: 705.257.874-37

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Queimados Número: 3/n Complemento: _____

Bairro: Zona rural Cidade: Paulista Estado: PB CEP: 58.860-000

E-mail: ti.werton@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99900-0530

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 ☐ CONTA: 44887 9 ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011

Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima 1ª Nome: _____

CPF: 705.257.874-37 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Antônio Walter Ferreira de Lima Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 08/07/2010
TERMINAL: 07321001

MODAL: CC-CAIXA
CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0732 013.00044887-9
NOME: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8067

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

	P/ outro Hospital
	Internação
	Óbito
	Outros

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000044887-9

Nr. da Autenticação 1DC7055D01B2BD91

Endereço da Unidade Consumidora:
GERALDO ALVES DE FARIAS
SIT QUEIMADO, S/N - 58860000 - CEP: 58860000
ARSA RURAL
PAULISTA (AG: 237)

Classe/Subclasse: RUC MTC B2-1199/RURAL-IRRIGANTE
Roteiro: 015 - 0242 - 771 - 0560
Nº do Medidor: 00008559950
MATRÍCULA: 0001447834-2019-07-4
DOM. ENT.:

LIGAÇÃO: TRIFÁSICO
DOM. BANC.:
CNPJ/CPF: 586.148.424-49



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 - Ins. Est. 16.915.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº: 028.773.799

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Atenda, tenha sempre em mãos a conta

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

SEGUNDA VIA

Emissão: 25/07/2019

Identificador para Débito Automático: 0001447834-1

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PRÓXIMA LETURA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Julho/2019

30/07/2019

23/08/2019

5/1447834-1

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,0845%)	COFINS (R\$) (4,9955%)
0601	Consumo em kWh	1.440,000	0,400240	0,426140	613,65	0,00	0	0,00	613,65	6,65	30,65
0601	Consumo em kWh Reservado	487,000	0,108060	0,115040	56,03	0,00	0	0,00	56,03	0,61	2,80
0601	Adic. B. Amarela				20,77	0,00	0	0,00	20,77	0,22	1,04
0610	Subsídio				508,15	0,00	0	0,00	508,15	5,51	25,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0906	Devolução Subsídio				-477,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2019				1,23						
0805	MULTA 06/2019				36,94						

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 759,51 0,00 0,00 1.198,80 12,99 59,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICO DISTRIBUICAO ENERGISA/PB	224,18	29,51
COMPRA DE ENERGIA	336,43	44,30
SERVICO DE TRANSMISSAO	34,89	4,59
ENCARGOS SETORIAIS	52,96	6,96
IMPOSTOS SOBRE O LUCRO E ENCARGOS	111,03	14,62
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	759,51	100,00

- Valor Encargo Uso Sist. Dist: (Ref 05/2019): R\$ 376,52

VENCIMENTO

07/08/2019

TOTAL A PAGAR

COMPRA DE ENERGIA
R\$ 759,51
E ENCARGOS

Reservado ao Fisco

1f29.59fa.44a3.97a1.5e3d.b2a6.a3ba.6842

Autenticação mecânica

RECIBO DO PAGADOR

BANCO DO BRASIL S A | 001-9 | 00190.00009 02624.912008 04501.149175 8 79740000075951

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A

BENEFICIÁRIO

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENDEREÇO

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

DATA DO DOCUMENTO

25/07/2019

Nº DO DOCUMENTO

1447834-2019-07-4

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DS

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

25/07/2019

USO DO BANCO

CARTEIRA

17

ESPÉCIE

R\$

QUANTIDADE

VALOR

INSTRUÇÕES

OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS
NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.
TÍTULO SUJEITO A PROTESTO A PARTIR DO DÉCIMO DIA CORRIDO APÓS O VENCIMENTO
NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.

PAGADOR

GERALDO ALVES DE FARIAS

SIT QUEIMADO, S/N - 58860000

SACADOR/AVALISTA

CPF/CNPJ

586.148.424-49

PAULISTA (AG: 237)

CÓD. DE BAIXA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Ficha de Compensação



Ligação: WONDIFÁSICO
 Cid/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 0-227-85-1290 Referência: Jul/2019
 Medidor: 3000R153183 Emissão: 17/07/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-630
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 028.145.055
Cód. para Dib. Automático: 00014143028

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPI/ RANI
Jul / 2019	17/07/2019	16/08/2019	760.920.114-68

UC (Unidade Consumidora):

5/1414302-8

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/06/19	7337	17/07/19	7682	1	236	93

Demonstrativo

OCI	Descrição	Quantidade	Tarifa / Tributo (R\$)	Valor Base Calc. Anq. (R\$)	Imposto (R\$)	Base Calc. PIS/PS-11 (R\$)	Contribuição (R\$)			
			Tarifa Total (R\$)	KWh (KWh)	KWh	Por Consumo (R\$)	(R\$)			
0801	Consumo em kWh	229.000	0,854400	192,24	192,24	27	51,90	192,24	2,08	9,80
0801	Assic. B. Amarela		2,60	2,60	27	0,70	3,60	0,03	0,13	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM. PUBLICA		5,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CC: Codigo de Classificação do Item	TOTAL	210.56	194,84	52,60	154,84	2,11	9,73
Tarifa de Trânsito	6.5711730						

Média últimos meses (kWh)

257

VENCIMENTO
01/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 210,56

Histórico de Consumo (kWh)

Jul'18	Aug'18	Sep'18	Oct'18	Nov'18	Dec'18	Jan'19	Feb'19	Mar'19	Apr'19	May'19	Jun'19
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

RESERVADO AO FISCO

99d6.74b9.1be8.94db.3b01.8925.effe.64a7.

Indicadores de Qualidade 5/2019 - Fombox

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
100% MENOR	5,01	0,00		
100% TRIMESTRAL	11,82		NOMINAL	220
100% ANUAL	23,64			
100% MENOR	3,38	0,00	CONTRATADA	
100% TRIMESTRAL	6,76		LIMITE INFERIOR	202
100% ANUAL	13,52		LIMITE SUPERIOR	231
100% MENOR	3,48	0,00		
100% ANUAL	12,22			

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M do Energia/PE	45,08	21,41
Compra de Energia	87,85	32,13
Serviço de Transmissão	7,02	3,33
Encargos Selo/est	10,65	5,01
Impostos Diretos e Encargos	80,16	38,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	210,56	100,00

Valor do EUSC (Ref. 5/2019): R\$ 66,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso

AKG2 VAN INTERNET BRANJE
27/08/2019

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03957.251170 9 79990000021056

FAGADOR: SINVALDO ARAUJO DO O - CPF/CNPJ: 760.820.114-88
RUA DOMINGOS DE NEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO - POIMBAL / PB CEP: 58840200

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003957251	001414302201907	01/09/2019	R\$ 210,56	



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TARCISIO EWERTON P. OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 064.153-474, 46
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA inscrito
(a) no CPF sob o nº 705-257-874, 37, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima
ANTÔNIO VALTER FERREIRA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o nº 705-257-874, 37, 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	<u>RUA DOMÍNIO DE MEDEIRAS</u>		Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT. 103</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>POMBAL</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58.840-000</u>
Email	<u>T. EWERTON@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>-</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99900 0530</u>

POMBAL PB, 20 de SETEMBRO de 2019
Local e Data

Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Rodrigues Leandro,
RG nº 2425328, data de expedição 09/05/1997, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 050.628.544-82, com Domicílio na
cidade de PAULISTA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio JARDIM,
nº 5/N, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antônio Walter Ferreira de Lima
cujo o condutor era Antônio Walter Ferreira de Lima.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2009/2010
Modelo: Honda /CG 125 Fan K5
Placa: NQH 9670/PB
Chassi: 9C2JC4110AR531310
Data do acidente: 22/06/19

Local e data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2019.

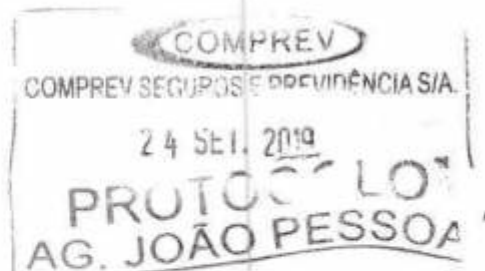


X Maria das Graças Rodrigues Leandro
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Not.: JOANA D'ARC ELLAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELLAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA DAS GRACAS
RODRIGUES LEANDRO.
Em testemunho da verdade. Dou
fe. POMBAL-Paraíba, um de agosto de dois mil e dezanove
581025A
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AIY53094-XE25
Confira os dados do selo em <https://selodigital.tipo.bu.br>
EMOLUM. R\$ 11,85 FAREN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Valter Ferreira de Lima IDADE: 25a SEXO: (X) MASC () FEM
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22 / 06 / 19 HORA: _____

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: () Clínico () Cirúrgico DIH: _____

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: corte contuso em lábio superior / colisão moto x moto /
ESTADO GERAL: (X) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Melhorado alcoolizado
SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente () Orientado () Algo Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Sedado
ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo () Cooperativo () Apático () Calmo () Ansioso () Deprimido (X) Agressivo
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Uso de Medicação _____

Prejudicado
DOR: () Não (X) Sim Local: oral / lábio superior

MOVIMENTAÇÃO: () Acamado (X) Deambula () Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: () Não () Sim, especificar _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: () Sim () Não

HIDRATAÇÃO: () Hidratado () Desidratado () Anasarca () Edema Local: _____

COLORAÇÃO DA PELE: (X) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico () Cianose Central () Cianose de Extremidades () Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: () Hematoma () Equimoses () Celulite () Lesões, local e descrição: _____

ÚLCERA POR PRESSÃO: (X) Não () Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ irpm (X) Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Outros _____
Tosse, se sim especificar _____

SUORTE VENTILATÓRIO: () NBZ () Cateter de O₂ _____ L/min () Traqueostomia () Dreno Tórax () Máscara de Venturi () Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: 120 x 80 mmHg (X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

PULSO: () Cheio () Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: () Preservada () Diminuída

ACESSO VENOSO: () AVC (X) AVP () Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: (X) Nutrido () Obeso () Emagrecido () Caquético

ALIMENTAÇÃO: (X) Oral () Zero () SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia () Ileostomia () Jejunostomia

DIETA: () Livre () Líquida () Branda () Pastosa () Hipossódica () DM () Outros _____

CEITAÇÃO: (X) Satisfatória () Pouca aceitação () Recusa

BDOMEN: (X) Flácido () Plano () Globoso () Distendido () Ascítico () Escavado () Gravidico () Doloroso

IRHA+ () IRHA- () IRHA ausentes () Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (X) Presentes nas Últimas 24h () Constipação _____ dias () Sólidas () Pastosas () Líquidas, nº de isódios _____ () Colostomia () Melenas () Outros _____

STEMA GENITURINÁRIO:

URESE: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD, dias _____ () Irrigação () Cistotomia () Uso de Fraldas

PECTO: (X) LÍMPIDO () Concentrado () Colúrico () Piúrico () Hemático () Outros _____

ILUME: (X) Normal () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria () Nictúria

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

ma de colisão moto x moto, deu entrada nesta
azida pela equipe do Hospital, comiente,
- mau cooperativo, agressivo. Apresenta anti-con-
drio superior com necessidade de rotas. Realizado
educação CPH e segue em observação por cuidados
de Enfermagem.

Enfermeiro/COREN

IMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

- ausência vômito + cefaleia.
- ausência 1 episódio de vômito, nega cefaleia.
- uso preservativos. segue aos cuidados da Oquife.

Enfermeiro/COREN

INTERVENCÇÕES DE ENFERMAGEM

$\approx 30h.$	$0.2: 15h.$			
0×80	130×80			
Maria Catarina				

VIAGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Colisão moto + moto: deu entrada nesta unidade trazido pela equipe
vinte, orientado, alcoolizado, pouca cooperatividade, agitado. Apresenta
lesões com necessidade de ref. Prescritos soro + medicação
observação.

Churnay 594-728.

Téc. de Enfermagem/COREN

IMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

apresenta vômito e cefaleia.
apresenta 1 episódio de vômito, nega cefaleia, sono e repouso
e aos cuidados da equipe.

Chennai 594728

Téc. de Enfermagem/COREN®



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Valtter Ferreira de Lima IDADE: 25 SEXO: () MASC () FEM
ENFERMARIA: 01 LEITO: 01 DATA: 23/06/19 HORA: _____

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico DIH: _____

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

ESTADO GERAL: (x) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x) Consciente () Inconsciente (x) Orientado () Algo Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Sedado

ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo () Cooperativo () Apático () Calmo () Ansioso () Deprimido () Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Uso de Medicação _____

Prejudicado _____

DOR: () Não (x) Sim Local: _____

MOVIMENTAÇÃO: () Acamado (x) Deambula () Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: () Não () Sim, especificar _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: (x) Sim () Não

HIDRATAÇÃO: () Hidratado () Desidratado () Anasarca () Edema Local: _____

COLORAÇÃO DA PELE: (x) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico () Cianose Central () Cianose de Extremidades () Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: () Hematoma () Equimoses () Celulite () Lesões, local e descrição: _____

ÚLCERA POR PRESSÃO: (x) Não () Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ irpm () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Outros _____

Tosse, se sim especificar _____

SUORTE VENTILATÓRIO: () NBZ () Cateter de O₂ _____ L/min () Traqueostomia () Dreno Tórax () Máscara de Venturi () Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

PULSO: () Cheio () Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: () Preservada () Diminuída

ACESSO VENOSO: () AVC (x) AVP () Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: (x) Nutrido () Obeso () Emagrecido () Caquético

ALIMENTAÇÃO: (x) Oral () Zero () SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia () Ileostomia () Jejunostomia

DIETA: (x) Livre () Líquida () Branda () Pastosa () Hipossódica () DM () Outros _____

ACEITAÇÃO: (x) Satisfatória () Pouca aceitação () Recusa _____

ABDOMEN: () Flácido (x) Plano () Globoso () Distendido () Ascítico () Escavado () Gravidico () Doloroso _____

() RHA+ () RHA- () RHA ausentes () Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () Presentes nas últimas 24h () Constipação _____ dias () Sólidas () Pastosas () Líquidas, n° de episódios _____ () Colostomia () Melena () Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD, dias _____ () Irrigação () Cistotomia () Uso de Fraldas

ASPECTO: (x) LÍMPIDO () Concentrado () Colúrico () Piúrico () Hemático () Outros _____

VOLUME: (x) Normal () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria () Nictúria

ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Se ausentou para realizar TC de Crânio em seguida transferido para o hospital em Campina Grande.

Paloma Valéria A. Monteiro

Enfermeira
COREN 590-810

Enfermeiro/COREN

ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Enfermeiro/COREN

MOVIMENTOS DE ENFERMAGEM

00	12.00				
50	30.10				
	+3				
	88.				
x 30	140x8				
1	174.				

Até 10/05/2016

ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Se ausentou para realizar TC de Crânio em seguida transferido para o hospital em Campina Grande.

1291.406 Ilza das Graças

Téc. de Enfermagem/COREN

ENFERMAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Téc. de Enfermagem/COREN



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: _____

Encaminhamento

paciente vítima de traumatismo crânio
realizou TC de crânio, que evidenciou
hematoma intracraniano. Foi regulado
para o neurocirurgião do serviço de
trauma de Carolina Grande - PB. e ser submetido
à cirurgia.

Glasgow 14 e pupilas isocóricas e
fotorregentes

(ento)

73 / 08 / 19

DATA

Ilén Allison F. dos Santos

Médico em Anestesiologia

CRM 1.246.51 - CRM-PB 11250

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"

Data da internação: 23/06/2019 Hora: 18:57:47

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		23
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		23
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA		6 192
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 06/09/1993	9 - SEXO Masc ☒
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO 83
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POMBAL, 0, CENTRO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Pombal	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 251210	15 - UF PB
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Resumo</i> <i>Inteno com sonolência e desorientação</i> <i>baseiam 12, isco (Hem 1)</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Exo de nome</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Hem</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>090</i>		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016288958722
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 980016288958722		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RAMALHO DA SILVA NET		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO	
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INT		



GOVERNO
DA PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 6, 14 AUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/06/2019

Data: 23/06/2019

Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA Idade: 025 N° ATEND: 1927274

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 23/06/2019 HORA : 18:30:19

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AVLIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU POMBAL

ENFERMEIRO COREN
acolhimento

Helioilton S. Cavalcante
COREN-PB 488.272-0

Neurocirurgia
HISTÓRICO



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1927274 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: ANTONIO VALTER Nascimento: 06/09/1993

FERREIRA DE LIMA

Endereço: POMBAL CEP: 58840000

Sexo: M Telefone:

Idade: 025 Bairro: CENTRO

RG: Nº: 0

CPF: Profissão:

Data de Atend: 23/06/2019 CNS: 95742512

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 18:28:44 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

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. Enfiamento subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
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. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parastesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36. Sinais de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Amixio já com dx de queda stu-
rom a perna

ALERGIA: Gesso 12, 150.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: - Início 50.

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow PA Sat02
HGT:

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às
Dia / /
Especialista: / / às
Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Antonio Velloso Ferreira de S</u>				IDADE: <u>61</u>	
DATA: <u>23/06/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIO		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <u>Consciente</u>			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>TCE</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS							Satisf.: _____
LÍQUIDOS							Laringo e: _____
							Náuseas: _____
							Outros: _____
CÓDIGOS							<u>af</u> <u>Dec</u> <u>Não</u> <u>Ida</u> ANESTES- Não, por q
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							Reflexos m
							Obstr.: _____
							Náuseas: _____
							Outros: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							Com cânula
							Paro o Leito
POSIÇÃO							
AGENTES							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							PERDA SA

23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 23/06/2019

NOME: Jose Ramalho Da Silva Neto



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Número do Prontuário: 146437

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1927287 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 5

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 23/06/2019

Atendimento: 1927287

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0403010276 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Cirurgia: URGENCIA

Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: JOSE RAMALHO DA SILVA NET

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: LAÍS LIRA

Anestesista:

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista: XXX

Exame Radiológico no Ato: XXX

Acidente Durante Operação: NDN

Descrição da Operação: 1. DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

2. TRICOTOMIA E ANTISSEPSSIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO LINEAR à DIREITA, TEMPORO FRONTAL

5. CRANIOTOMIA TEMPORAL

6. DREANAGEM HEDA

7. REVISÃO DA HEMOSTASIA DURAL (COAGULAÇÃO DA ARTÉRIA MENÍNGEA MÉDIA)

8. SUSPENSÃO DURAL.

9. CRANIOPLASTIA (FIO PROLENE 2.0)

10. DRENO SUBGALEAL

11; SÍNTESE POR PLANOS.

12. CURATIVO


Jose Ramalho Da Silva Neto
Neurocirurgia
CRM - 22098

Data 23/06/2019

Assinatura/Carimbo
Jose Ramalho Da Silva Neto

REGISTRO GERAL 4.157.319 DATA DE EMISSÃO 10/04/2013

NOME ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

FILIAÇÃO VALDENOR FERREIRA DE LIMA
LUIZA VIEIRA DE LIMA

NATURALIDADE POMBALE-PE

DOC ORIGEM NASC. N. 9166 FL8.590 LIV. A09

CARTORIO PAULISTA-PE

CPF 140.714.812-9

DATA DE NASCIMENTO 06/09/1993

Assinatura: *Antonio V. Ferreira de Lima*

Ministério da Justiça - Polícia Federal

CÓDIGO DE CONTROLE
CB58.1B88.A079.F6B1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:00:31 do dia 29/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

600-2

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura: *Antonio V. Ferreira de Lima*

Foto: 

Assinatura: *Antonio V. Ferreira de Lima*

Foto: 

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
705.257.874-37

Nome
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Nascimento
06/09/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEQUPOS E POCUNÉNCIA S/A

24 SET. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105



Tarciso Ewerton Pereira Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/05/1987

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 858343

DATA DE EMISSÃO 11/11/2001

NOME TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

FILIAÇÃO R.A. Francisco da Silva Oliveira

Maria do Socorro Pereira Oliveira

NATURALIDADE Pombal-PB

DATA DE NASCIMENTO 22-05-1987

Cert. Nas. N.º 20.873, Fls. 68v. Liv. A-20

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.118 DE 20/09/83

Cartão de uso pessoal e intra-identificação
Deve ser apresentado junto com o documento de identificação

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DEZ/2003

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 SET. 2010

PROTOCCLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012506890906
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM 201609000007687-6
R 0019170897-6 00/00000000 2016
E 004161365

NOME
MARIA DAS GRACAS R LEANDRO
PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4110AR531310
CHASSI
PLACA 05062854482
PLACA NQH9670/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
HONDA/CG 125 FAN KS MARCA / MODELO
2009 2010 ANO FAB / ANO MOD.
2 P/124 /CI CATEGORIA COR PREDOMINANTE
PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º IPVA PAGO EM 07/10/2016
2º FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
3º A ***** 0
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 07/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
OBSERVAÇÕES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0

POMBAL - PB - LOCAL
14311
DATA 07/10/2016
15466

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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

PB Nº 012506890906 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
05062854482 FORMACOES, LEIA NQH9670/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 07/10/2016
VIA 1 CPF / CNPJ 05062854482 PLACA NQH9670/PB
RENAVAM 00191708978 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB 2009 CAT. TRF 9 Nº CHASSI 9C2JC4110AR531310
FNS (R\$) ***** DENATIAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO P A G O
TOTAL USANDO PREÇO SEGURO (R\$)
DATA DE QUITAÇÃO 07/10/2016
PAGAMENTO PARCELADO
SOTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
15466-1001063-20161007



2 COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA NEUROLÓGICA DE FORMA MODERADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA NEUROLÓGICA DE FORMA MODERADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO (GLASGOW 12).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. (P6 P8 P9 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: TCE

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO (GLASGOW 12).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. (P6 P8 P9 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

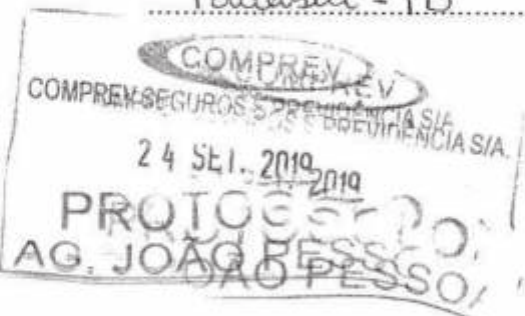
Outorgante: Antônio Valter Ferreira de Lima, brasileiro(a), estado civil união estável profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Julio Guimarães, nº 1/n, bairro zona rural, Município de Paulista, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.157.318, SSP/PB e CPF nº 705.257.874-37.

Outorgado: Tarcísio Eulerton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro centro, Município de Pombal, Estado de (o) Paraíba Cep: 58.840-000 portador (a) do RG nº 285.8545 SSP/PB e CPF nº 064.163.474-46.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Antônio Valter Ferreira de Lima, ocorrido em 22/10/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

Paulista - PB, 20 de setembro de 2019.

 X. Antônio Valter Ferreira de Lima
Outorgante
CPF Nº 705.257.874-37

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FAL FRANCISCO MARTINS LOPES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO
O Maria Almeida Martins - Titular O Saturnino de Almeida Martins - 1º Substituto
R. João Pessoa, 221 - Centro - CEP: 58060-000 - Paraíba/PB - F: (35) 3445-1387 - 36020-1852 - gcm@falpb.com.br
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA, EM TEST. A
DA VERDADE, DOU FE. Paulista-PB, 21/07/2019.
Saturnino de Almeida Martins
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital de finalização Tipo Normal B-AW/18523-CCK3
Consulte os dados do ato em <https://selodigital.tjpbjus.br>
EMOLUO: R\$ 3,51 PARCERIAS: R\$ 29,00 FEE: R\$ 1,37
VALIDO COM TUDO O Selo de Autenticidade

Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpbjus.br>
selo digital nº A1W-18523-CCK3



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329911/19

Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

CPF: 705.257.874-37

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: ANTONIO VALTER
FERREIRA DE LIMA

CPF de: Próprio

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA : 705.257.874-37

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

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA