

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284**

**Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190404284**

**Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190404284**

**Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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:

0219791/19

CPF da vítima:

701414 554 11

Nome completo da vítima:

Renan Pedro de Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Renan

Pedro de Silve

CPF:

701414 554 11

Profissão:

agricultor

Endereço:

Sítio Umariz

Número:

512

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Catuverá

Estado:

PB

CEP:

58455-000

E-mail:

Tel.(DDD):

8337341205

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 RECUZO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

22084

1

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

## MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:  
Nome:  
CPF:

Conjunto Grand - PB 03/10/2019

Assinatura da quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

3º | Nome:

CPF:

Assinatura

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



CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo é a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº001/2018, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº021/2018 cujo teor passa a transcrever na integra: "Ao 01 (primeiro) dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava Cláudio Manoel Fernandes Marques, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado, por volta de 10h40min, compareceu: **RENAN PEDRO DA SILVA, NATURAL DE CAMPINA GRANDE – PB, AGRICULTOR, CASADO, COM 22 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/11/1996, ALFABETIZADO, RG Nº. 4011056 SSP/PB, FILHO DE JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSÉ NASCIMENTO SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO CAMPO DE EMAS, ZONA RURAL, CAMPINA GRANDE – PB, PODENDO SER CONTATADO PELO TELEFONE 98791-4673.** Ciente das penalidades impostas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro noticiou que no dia 04/08/2017, por volta das 10h02min, pilotava a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, 2011/2011, VERMELHA, PLACA OEW2758/PB, CHASSI 9C2KC1670BR626789 registrada em nome de SEVERINO DE SOUSA; Que transitava por uma estrada de terra no Sítio Umari, indo para o trabalho, quando em uma curva foi abalroado por um automóvel que vinha em sentido contrário; Que não sabe qual veículo o abalroou nem a placa do mesmo; Que populares ligaram para o SAMU e uma ambulância esteve no local e o conduziu para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, ao 01 dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito.



Josivane José da Silva  
Escrivão de Polícia Civil

## 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:	Nome completo da vítima:	
0219791/09	701414 554 11	Renan Pedro de Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF: 701414 554 11	
Profissão:	Endereço:	Número: 512	Complemento:
agricultor	Sítio Umarizal		
Bairro:	Cidade:	Estado: PB	CEP: 58455-000
E-mail:	Tel.(DDD): 8337341205		

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

## RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Coronel Graça - PB 03/07/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Renan Pedro de Silve

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º | Nome: 01 JUL. 2019  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

3º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

4º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

5º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

6º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

USB-43

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação, que **RENAN PEDRO DA SILVA**, 21 anos, RG: 4.011.056 SSDS/PB, CPF: 701.414.554-11, foi atendido pela equipe de socorristas (Enfermeiro, Técnica em Enfermagem e Condutor Socorrista) deste estabelecimento de saúde, vítima de colisão carro/moto no dia 04/08/2017, ID: 1595310 às 10h02min. Realizado atendimento de acordo com Protocolo vigente, e o paciente foi removido para o hospital de trauma de Campina Grande conforme regulação médica.

Por ser verdade, eu data e assino a presente declaração.

Caturité - PB, 16 de Agosto de 2017.

Dr. João Carlos B. Santos  
ENFERMEIRO  
COREN/PB 478203

João Carlos Belo dos Santos  
Enfermeiro – COREN PB 478.203  
Responsável Técnico do SAMU Caturité/PB



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



## ATENDIMENTO URGENCIA

## PRONT (B.E) Nº:1480251 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 04/08/2017

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07.

Atendente : Andreza Da Silva Araújo

Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA

RG: 4011056 N.º Profissional: ALMIOXARIFADO

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS  
Paciente visto com quadro de dor no lado esquerdo de 02 horas, exame de captação: urso  
pardo de longeira vermelha, trânsito ruim, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fígado e dor no diafragma.

Paciente visto com quadro de dor no lado esquerdo de 02 horas, exame de captação: urso  
pardo de longeira vermelha, trânsito ruim, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fígado e dor no diafragma.

Cidade: Caturité

Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA

RG: 4011056

Sexo:M

Idade:021

Bairro:ZONA RURAL

Telefone: 86507580

Nascimento:22/11/1995

CRM:

RG: 4011056

Profissão:ALMIOXARIFADO

Data de Atendimento:04/08/2017

Hora: 11:32:48

Especialidade:

CRM:

RG: 4011056

N.º

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Perfuro-cortante



OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abraço
2. Amputação
3. Anulite
4. Contusão
5. Crcptização
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enchimento subcutâneo
10. Erragismo
11. Equimose
12. F. dura branca
13. F. dura de fogó
14. Fractura
15. Contato
16. Contato
17. Perfuro-cortante
18. Perfuro-cortante

EXAMES SOLICITADOS:  
Exames laboratoriais: Gás arterial (TTO), Radiografias: PLEXO, tórax, abdômen, RX-REALIZADO  
CONVÉNIO-SUS

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: DR. H. L. S. LIMA

MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

6

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

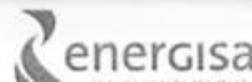
155

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA  
SIT UMARI S/N  
CATURITE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	28/06/2019	36	05/07/2019	R\$ 33,60

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 03301.144170 6 79410000003360				
Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30				
SIT UMARI S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120003301144	Nr Documento 000000000201906	Data Vencimento 05/07/2019	Valor do Documento R\$ 33,60	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva, RG de nº 13.223.638, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº, 066.150.713-541-76, com domicílio na cidade de Catuaí, no Estado de Paraíba, onde reside na 120m Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Camões de Caxias, nº 511, Bairro Escola Real, 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 Renan Pedro da Silva, cujo o condutor era Renan Pedro da Silva.

Veículo Motocicleta;

Modelo Honda / POP 110 F;

Ano 2016;

Placa QEN 8005;

Chassi 9CZJBD1006R712869;

Data do Acidente 04.08.2017;

Local e Data Sítio Semear 04.08.17.



Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Reconhecimento à firma do José  
Silva, da Silva,  
por autenticidade  
Cartório de Registro Civil e Notas  
Centro - CEP 58455-000  
Rua João Queiroga, 94  
Centro - CEP 58455-000  
CATURITÉ PB

José Alvaro Nunes  
ESCRIVÃO

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
CENTRO - CEP 58455-000  
RUA JOÃO QUEIROGA, 94  
CATURITÉ - PB  
CNPJ 09.369.224/0001-40  
QUEIROGA, 94  
CATURITÉ - PB  
09.369.224/0001-40

SELO DIGITAL  
AHC36814-POJE

04.07.19

COTINUITO

EU Renen Pedro de Silva natural de Condeixa  
Grand PB Portador da RG 4.011.056 e CPF  
701.414.554-32 agricultor casado com 23 anos de  
idade, nascido em 22.11.1996. Filho de et JOSE DA  
SILVA E MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA MORAES  
Rural no sítio U. Mary. Vento informa que  
em 04.08.2017 eu te trabalhos conduzindo uma  
Fiat VERMELHA PLACA OEW.0758, PEGASSI  
AC 2 KC 1670 BR 62 6789. Eu nome de SEVERINO  
DE SOUSA. Que eu trafegava em uma estrada  
de Terra no sítio U. Mary quando em uma  
curva fui atingido por um automóvel que  
estava sentido contrário que não sei qual o  
veículo que vim destruir nem placas da mesma  
ou possivelmente ligaram para o Samu e a ambu-  
lância veio auxiliar no local e foi conduzido  
para o HOSPITAL DE SAÚDE DE CONDEIXA GRANDE PB  
o referente Verdade. Com Fratura no Pernas  
esquerda e Braço esquerdo igual foi feita  
uma cirurgia no Perno esquerdo. Viu o Poder  
o Seguro DPV Sendo que não temos mais  
contato com o PROPIETÁRIO da moto. Por  
isso estou fazendo este desvalo.

Rennen Pedro de Silva.



Foxon



## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Paciente vítima de cliente de m  
do d... ferimento em glen e  
A esse f... e r...  
apresenta fatura exp... de  
fibula.

GO: A> C1

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB: 9965



DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

Internação (setor) \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

## SERVIÇOS REALIZADOS:

## CÓDIGO/PROCEDIMENTO

## CBO

## IDADE

Alta hospitalar /  A revélia

Declaração Médica

Óbito

*Julio Cesar Castro*

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



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

### Ficha de Acolhimento



Nome: *Pedro Pires da Silva*

End: *ST Lampião da Ensaia*

Bairro: *Latais*

Data de Nascimento: *12-11-95*

Documento de Identificação:

Queixa: *dores metastáticos*

Data do Atend.: *04.08.17*

Hora: *15:25* Documento:

Acidente de trabalho?  Sim  Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo      Aspecto:  Calmo  Fáceis de dor  Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas:  Normocorada  Pálida

Deambulação:  Livre  Cadeira de rodas  Maca

### Estratificação

MOD. 110

*Luz verde*

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Bruna Moura da Silva*

*Assinatura e carimbo do profissional*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Renan Ferreira</i>	Alojamento	II MUL. 2018	Leito	I	Convênio
----------	-----------------------	------------	--------------	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
3. Picos cur.			Tetra cítrico
2. Jotta Salinizado	eli		de c. acidez
3. Cetamina 1g (01) 100ml	12(12h)	29	de meteleso
4. Iodoform 100 - 500			laci com fer
5. Sod. Glic. (01) 12(12h)	24		mete com poma
6. Iodoform 100 - 500 @ 1000	24	06	(0)
7. Omeprazol 20 1000	06		MD: Trauma GP
8. Cloram. 1000 500 1000	20		decap. de miele
9. CCC + 200	eli		
10. Perfusão cristal 4000ml	29(00%) 01(09%) 02(09%) 03(07%)		Doente:
			Cadernos 2+14+
			Sylvio Ribeiro Cordeiro, Pernambuco, Br.
			Obs: Trauma
			paroxsísmos de
			hemorragia e
			desprendimento do
			máximo gasto
			resco de
			Dir. d. amputat
			c. Circunferência
			Ex.: Estômago e
			Hemorragia alta

Nome do Paciente	Pando		Nº Prontuário
Data da Operação	04.08.11	Enf.	Leito
Operador	Dr. Luiz Henrique		1º Auxiliar
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura Garrafa de Frans			
Tipo de Operação			
limpeza + Ressecção			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1 Passagem + Ponte seca
- 2 Previsão de campo estéril
- 3 Limpeza e desbridamento
- 4 Língua para eferentes
- 5 Fecho de fistula



## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE

Ramon Pedro da Silva

61

Gan  
Elite

CONVÉNIO

1040E

29

REGISTRO



ESTRUTURA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

**IRURGIA**  
*Fistula exposta purulenta (E)*

CIRURGIÃO

vi: *Guizyulus*

ANESTESIA

ANSWER

---

AMERICAN

INSTRUMENTADORA

DATA  
9408-17

INICIO

15-20

EIN

166

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	OL	Calef. p/ Oxyg.		Calgut cromado Sertix	00000000000000000000000000000000
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	00000000000000000000000000000000
	Diazepam amp.	OL	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	00000000000000000000000000000000
	Ditrore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	-
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Sertix	-
	Efrone ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	-
	Fenogam amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	-
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ ossos	-
	Inova ml		Dreno Pazzer nº		Ethibond	-
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	-
	Marcaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	-
	N. salin. amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	-
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	-
	Protigmine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	-
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	-
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades	0.5	Fita cardíaca	-
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O, ml	0.2	Mononylon 2 -	-
	Tiunenbutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	-
	Tacrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	-
Qtd.	MEDICAÇÕES	OL	Lâmina de Bisturi nº 23	e.	Prolene Serfix	00000000000000000000000000000000
	Água Destilada amp.	OL	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	00000000000000000000000000000000
	Cetadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	00000000000000000000000000000000
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	00000000000000000000000000000000
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	00000000000000000000000000000000
	Fletocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	00000000000000000000000000000000
	Garamicina amp.		Luvas 8.5			00000000000000000000000000000000
	Glúcose amp.		Oxigênio l/m	0.5		00000000000000000000000000000000
	Glúcon de Cálcio amp.		Poliflix			00000000000000000000000000000000
	Haemaccel ml		PVPI Degemante ml			00000000000000000000000000000000
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	00000000000000000000000000000000
	Imankion amp.		Sabão Antiséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml	00000000000000000000000000000000
	Isix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	00000000000000000000000000000000
	Medrotinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	00000000000000000000000000000000
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	00000000000000000000000000000000
	Prolamina	0.2	Seringa desc. 05 ml	0.6	SG fr 500 ml	00000000000000000000000000000000
	Revivan amp.		Sonda			00000000000000000000000000000000
	Stupantan amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	00000000000000000000000000000000
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			00000000000000000000000000000000
	01 Dimex		Sonda Uretral nº			00000000000000000000000000000000
			Sterydrem ml			00000000000000000000000000000000
			Torneirinha			00000000000000000000000000000000
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		EQUIPAMENTOS	00000000000000000000000000000000
02	Aguha desc. 25 x 7		Gelcon 18		( ) Oxímetro de Pulso	00000000000000000000000000000000
	Aguha desc. 28 x 28		Latese		( ) Serra	00000000000000000000000000000000
	Aguha desc. 3 x 4,5				( ) Desfibrilador	00000000000000000000000000000000
OL	Aguha p/ raque nº				( ) Foco Frontal	00000000000000000000000000000000
	Alcool de Enfermagem				( ) Fonte de Luz	00000000000000000000000000000000
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL	

Operador J.

### Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Fr exp Ribeiro

Paciente	Nº	Período	Alojamento	Leito	H. I.	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/10	1-DIETA LIVRE	07/10/06	22 DI 4
	2-5F0.9%+1500ML EV/P/24H	07/10/06	
	3-CLINDAMICINA 600MG + AD EV/5/6H	07/10/06	
	4-DIPIRONA 1G+ASD EV 5/6H	07/10/06	
	5-TRAMAL 100MG + 100ML SF EV/8/8H	07/10/06	
	6-NAUSEDRON 50MG/ML IF/ + ABD EV 8/8H/5N	07/10/06	
	7-OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	07/10/06	Sensação de pressão
	8-CLEXANE 40MG SC IX/DIA	07/10/06	
	9-MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE	07/10/06	
	10-MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H	07/10/06	
	11-SSV/CCGG	07/10/06	
	12-Cronômetro Jx 2	07/10/06	
	13-Cronômetro	07/10/06	
	Vinny de Paixão Câmara		
	Ortopedista da maiologia		
	Cirurgião 11/007		
	Vinny de Paixão Câmara		
	Ortopedista da maiologia		
	Cirurgião 11/007		

## DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

*Renan Pente*Alojamento: *7*Leito *2*

Convênio

*16 exp. de H. Müller*

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	25/07/14	1. Dieta <i>lívore</i>	14 25	
		2. SRL 1500ml EV/24h	12 18 21 06	
		3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h		
		4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
		5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
		6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
		7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
		8. Clexane 40mg SC/dia		
		9.5SW + CCGG		
			20	
				<i>Abdome suspenso</i>
				<i>CO: 1473</i>
				<i>Costas</i>
				<i>Schubert Costas</i>
				<i>Dr. Schubert Costas</i>
				<i>Ortopedia da Galvão</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Gastroenterologia</i>
				<i>Cardiologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
				<i>Reumatologia</i>
				<i>Endocrinologia</i>
				<i>Neurologia</i>
				<i>Urologia</i>
		</td		



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**Paciente**

pen pals

#### Alojamento

Teito

| Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/8	1 - Dieta livre	Ciente	foram very soc ocoh ofici auch
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	12 21	
	3 - Clindamicina 600mg + ABD IV 6/6 h	12 18 24 06	
	4 - Gentamicina 240mg + S.F. 0,9% 100 ml IV 1 X	11/11/16	
	5 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14 22 06	
	6 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	17 21	
	7 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	26	
	8 - C. C. G.	Ciente	LIFE ASSIST CORREIO REGISTRADO 01 JUL 2019 CORREIO REGISTRADO
08/8/17	peleciu auftrag 16/08/16	09	outro + alli

## Diagnóstico

first exp lesson

first edition

Evolução Médica

from very  
soc cool

jetzt auch

A photograph of a handwritten signature in black ink, written over a circular postmark. The postmark contains the text 'LIFE ASSSE' at the top, 'CORREIO' at the bottom, and '01 JUL 2019' in the center. The signature is written in cursive and appears to be 'CJ'.

BRUNSWICK  
LIBRARIES  
1961-1962  
1962-1963  
1963-1964  
1964-1965  
1965-1966



Ramon Pedro de Suárez



4.011.056

ESTAN PEDRO DA SILVA

25/11/2011



22/11/2011

ESTAN PEDRO DA SILVA

- 4.011.056 - 12

JUTORIAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

IUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

O COMPRADOR \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ICP: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

Indicar fum a obrigação legal de consumidor o veículo ao DETRAN no prazo máximo de 15 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e suas sanções até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 154 - Código de Trânsito do Brasil - CTB).

Este é o seu prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).  
Inserir o reconhecimento de firma do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade AUTENTICIDADE.

ASSINATURA DO COMPRADOR \_\_\_\_\_

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 012650492335  
16659058345

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PREF. 20160100052613-0  
VIA: 0-FUR/02806-7 NITPC: 00/00000000

NOME/ENDEREÇO:  
JOSE CARLOS DA SILVA  
SIT CAMPO DE EMAS SN

584590000 CATARITE-PB

CPF/CNPJ: 065697735426 PLACA: QEN8005/PB

NOME ANTENOR:  
NOVO RUMO MOTORES E PIÇAS LTDA

PLACA ANTIGA: CHASSI:  
NOVO PB 962JB0100GRZ12869

ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL:  
PAS/MOTOR/CICLE/NAO AP.TC GASOLINA

MARCA/MODELO: ANO FAB: ANO MOD:  
HONDA/POP 100 2016 2016

CAP/POT/CAL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE:  
P/109 /CI PARTIC VERMELHA

OBSERVAÇÕES:  
A.F ADM DE CONCE NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA:  
N.Motor: JB01E0G212880 0

CATARITE-PB LOCAL: DATA:  
32875 20/05/2016 7003781

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN-PB N° 01.1545365134

Nº 01508460890  
cadastrado de 06/05/2015

PERÍODO DE VENCIMENTO

2015/01/0005/225-9

1 0074346812-3 002.0086000.00

SEVERINO DE SOUZA  
R. AMELIA PEREIRA MARIA 875 CASA  
CENTRO  
58400-000 QUETMADAS-PB

38522292434

000027558/PB

EMERSON PEDRO DE SOUZA

MARCA/PATO PB 962KC1670BR626749

PASS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC

ALCOOL/GASOL

HONDA/CB 150 PAN RSI

2011 2010

CAPAC. CC 150

PARTEC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.º MOTOR : RCL68TB626789

0

QUEIMADAS-PB

26/05/2015

32875

000027558/PB

000027558/PB

LIFESA  
SEGURAS  
COR  
RA DE SEGUROS

15/05/2015

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV

AUTORIZADO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES

NÚMERO DE COMPRAVENDA  
S11A  
Nº 1231545 12108264446  
ENDERECO:  
S11A CAXI DA GUA

Local e Data:  
*Reimadas, 03 - 09 - 2015*

*Severino Ramos de A. Santos*  
Assinatura do proprietário vendedor

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado solidamente responsável pelas penalidades e suas consequências na data da comprovação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro-CTB).

b) O adquirente tem prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em�enda de trânsito (Art. 223 do CTB).

c) É extensivo o reconhecimento da firma do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICADA.

De acordo: *Severino Ramos de A. Santos*

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPIETÁRIO/VENDEDOR

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO  
Rua do Rosário, 48 - Centro - Areias-PB

Reconheço como autêntica e verdadeira

as(s) firma(s) de Severino Ramos de A. Santos

Conforme autografo arquivado neste ofício.

En testemunho Severino Ramos de A. Santos da verdade.

000027558/PB  
REGISTRO DE NOTAS E REGISTRO  
Severino Ramos de A. Santos  
TABELLÃO  
Wilma M. G. Sáenz Lino  
SUBSTITUTA  
Rua do Rosário, 48  
Centro - Areias-PB

*Severino Ramos de A. Santos*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/08/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/08/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Número do Sinistro: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 04/08/2017

CPF: 701.414.554-11

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração do Proprietário do Veículo  
DUT

## 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](http://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: 15/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA

**CPF:** 701.414.554-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/08/2017

**Titular do CPF:** RENAN PEDRO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## 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

**RENAN PEDRO DA SILVA : 701.414.554-11**

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](http://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: 01/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA