
Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000035278-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.308.894-4 3 - CPF da vítima: 053.308.894-4 4 - Nome completo da vítima: Manuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Manuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 053.308.894-4
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Seri 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
e
rubrica
do
Beneficiário
ou
Representante
Legal

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

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

37 - (e) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário: Manuel Geovane de S. Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B. Brasil

agência - 2849-5

com. - 35278-0

CIC





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14577.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14577.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 23 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Emanuel Geovane de Sousa Fernandes**, CPF nº 013.308.894-44, CNH nº 04625550917, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Contador, filho(a) de Lindalva de Sousa e Givanildo Fernandes da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Dalva Ferraz, Nº 170, complemento Casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99606-5970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cremosim, Santa Rita/PB, bairro Varzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

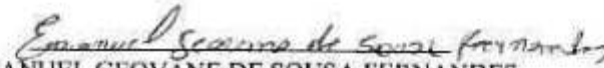
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava com seu, veículo, a motocicleta YAMAHA/FZ25 FAZER ano/mod. 2018/2019. Cor: PRETA, placa: QSK1070/PB,- Chassi: 9C6RG5010K0018455 parado na rua Celina Marques da Fonseca, B. Santo Amaro/ Cidade de Santa Rita/PB, devido ao fluxo de veículo, quando foi surpreendido por outro veículo, conduzido por uma pessoa com sintomas de embriagues, uma motocicleta HONDA/TITAN - PLACA: OFA4507/PB que colidiu na traseira do veículo do noticiante fazendo com que o noticiante caísse no local, onde terceiros conduziu o noticiante para o Complexo Hospitalar Hospital - Mangabeira Gov. Tarcísio Burity - onde foi diagnosticado com fratura dos ossos do Antebraço ESQUERDO - CID: S 5.2. conforme Laudo Médico - emitido pelo Dr. EDUARDO PAZ LIRA - CRM

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

João Pessoa/PB, 23 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.308.894-4 3 - CPF da vítima: 053.308.894-4 4 - Nome completo da vítima: Manuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Manuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 053.308.894-4
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Seri 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assina a
roga/a pedido

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

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

37 - (º) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário: Manuel Geovane de S. Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B. Brasil

agência - 2849-5

com. - 35278-0

CIC



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 279583

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/11/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 20:17:23

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA

FAX: - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Num. Prontuario: 2019.11.002008

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 013.308.894-44

CNS: 706808250074420 Sexo: F IDENTIDADE: 2846458 SSP PB Fone: 986180036

Natural: GUARABEIRA/PB Data Nasc.: 16/12/1985 Id: 33 ano(s)

End.: TRAVESSA DALVA FERRAZ, 170

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: LINDALVA DE SOUSA

Pai: GIVANILDO FERNANDES DA SILVA

Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CONTADOR (CURSO SUPERIOR)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Tel/Doc. Responsavel: 986180036 / IDENTIDADE: 2846458 SSP PB

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Pe: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto com pavimento em antebraço esquerdo. ACV 66 bpm. PR. 33 irpm. Glogu 15. Alguém à permissão.

Diagnostico

Conduta

① Raxo-x antebraço ⑤ Ape perfu
② Raxo-x de punho ⑥ Ape aluqu
③ Raxo-x de torax PA e perfil
④ Avaliação do ortopedista

Prescrição

Horario

Dr. Azif Davi Lemos
Médico Residente
Cirurgia Geral

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: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000035278-0

Nr. da Autenticação 217CC599C17EBDA1



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

INFORME ESTIMADO

MATRÍCULA

6196861

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA DE SOUZA

IV DALVA FERREZ, 170 - SESI BAYEUX PB 58305-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
002.002.086.114C.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N120575	09/11/2016	EXT MURDO LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
513	530	17	31	27/03/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	23	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2019	18	TURBIDEZ		0	0	0
NOV/2019	13	CLORO		0	0	0
OUT/2019	14	CO ₂ TERMOT		0	0	0
SET/2019	15	COR		0	0	0
AGO/2019	16	COL.TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 28/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:00

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

7 M3

34,23

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LII 12.741/12

VENCIMENTO:

15/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 72,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERATS:

#CHEGADA TRÁB. INFANTIL



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

6196861

FEV/2020

15/03/2020

R\$ 72,14

82660000003 2 72140010002 1 00619686101 4 01202020003 0



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento tipo e pagamento via conta.

Recibo para impressão e pagamento da conta. Nº 001-437.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.185 / 0001-40 - Insc. Est. 16.615.823-0

DADOS DO TITENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

19/09/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,50

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/09/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	001371069201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-02-89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-51-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPRX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Emanuel Giovane de S. Fernandes Inscrito (a) no CPF sob o nº 013.308.894-44

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Emanuel Giovane de S. Fernandes

Inscrito (a) no CPF sob o nº 013.308.894-44, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recusa 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 do presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Telefone: <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2020

Assinatura do Declarante

DMO: Inteira dos ovos
da artéria (E)

Exposto

cd. Ao BL

Dr. Pedro Thiago
TEOT: 16258
CRM-P: 6032

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Evonny Moura Data da Admissão: 17/11/79
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____

HDA: Exposto aos raios do antebraço
neurovascular preservado
at. Ao BL

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaleia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor



Complex Hospital
MANGABERA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Emmanuel Cecilian Say</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>25.11.19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Tallica</u>			1º Assistente: <u>Dr. Emerson R3</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura simples antebraço G</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>a mesma</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Osteossíntese - AAFI</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (x) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (x) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito
 supino. Sale a medula -
 A aneur + Antimig
 Agarrar com as mãos

Incisão:

Incisão longitudinal em
 Anterior - Anterior - 1 cm de
 Thompson

Achados:

Incisão longitudinal em
 Medial Anterior No plano

Visão lateral Fratura de os
 da base da Anterior

Conduta:

Anterior Anterior. Ales
 Fixação interna com 6
 3 parafusos + 6 parafusos
 com Placa 1/3 tubular
 cortical

Vinagem com 5F

Sutura

Fechamento:

Colar Anterior - Polm

de controle

OBS:

Data: 25/11/19

Dr. Elias P. Bessa
 CRM 11.858 PP
 Ortopedia e T.

MÉDICO/C



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Emmanuel Bezerra Figueiredo				Registro:		
Idade:		Sexo:	M	Cor:		EMP:	LR:
Data:	19/11/12	Cirurgião:	Dr. Pedro Thiago		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:		I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Ex. exposto dos ossos do
antebraço

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

LC + DL

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Encurtado
- DDM sob anest.
- Prep + antisept + Capsa

Incisão:

Apresentação do Fêmur trans-

Achados:

Artroscopia ci distal
do osso externo

Conduta:

- Lavagem cm.
- Desbridamento.

Fechamento:

Por pontos

OBS:

Data: 17/11/23

MÉDICO/C

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 33 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 17/11/2019		DATA DE ALTA: 26/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>				CID S52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de antebraço esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. TIBIRICA)

26/11/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		P B	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1638583697		NOME		EMANUEL GIOVANE DE SOUSA FERNANDES					
		DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE		2946458		887		PB	
		CPF		013.308.894-44		DATA NASCIMENTO		16/12/1985	
		FILIAÇÃO		GIVANILDO FERNANDES DA SILVA LINDALVA DE SOUSA					
		PARENTESCO		ACQUANTO		CÔNJUGO		FILHO	
		Nº REGISTRO		04623556917		VALIDEZ		09/03/2023	
		1ª REGISTRAÇÃO		09/03/2023		2ª REGISTRAÇÃO		28/04/2009	
		OBSERVAÇÃO							
PROIBIDO PLASTIFICAR 1638583697		ASSINATURA DO PORTADOR		<i>Emmanuel Giovane de Sousa Fernandes</i>					
		NOME		JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO		12/03/2018	
		ASSINATURA DO EMISSOR		<i>Arnelo</i>		85787068461		PB026463051	
		PARAÍBA							

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATELINA NACIONAL DE REABILITACAO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. - DOB. IDENTIFIC. Nº 1004342 SSP 78
	CPF - Data Nascimento 455.534.024-93 02/04/1967
	TITULO
	JOSEFA GERVASIO DA SILVA
FOTOGRAFIA	
Nº MÊMO - VIGENCIA - 1ª EMISSÃO 10724152182 10/11/2019 06/04/1983	
OBSERVAÇÕES	
	
NOME DO DETENTOR DO VEICULO - DATA DO VEICULO JOAO PEREIRA, PB 11/11/2014	
Assinatura do Detentor do Veiculo: Rodrigo Carvalho 60378888469 19029342608	
DATA DE EMISSÃO DO VEICULO	

VALOR EM REAIS
 1009001,75

PAGIN DO PLATIFICACAO
 1009001,75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015456572994
EXERCÍCIO 2019
0117004273 00/00000000 2019

ENANUELI GREGO DE S. FERNANDES

01330889444 QSK1070/PB
NOVO PB 906RG5016K0018455

P/S/MOTOCICLETA/NO APLIC. ALCO/GASOL
MARCA/MODELO YAMAHA/TZ25 FAZER 2018 2019

2 P/249/CI ARTIC PRETA
COTA ÚNICA 00/00/0000

P V 00/00/0000
PAGAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000
PREMIO TOTAL 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 12/11/2019

ALIANÇA YAMAHA MOT DO BRASIL
MOTOCICLISTA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA PE 33/12/2019

34432

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

PB Nº 015456572994 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/12/2019
01330889444 QSK1070/PB

RENAVAL 176092771 YAMAHA/TZ25 FAZER
2018 9 906RG5016K0018455

PREMIO TARIFARIO
PREMIO TOTAL 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 12/11/2019

SEGURO P.A.G.O.

SEGURO P.A.G.O.

SEGURO P.A.G.O.

34432



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

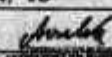
**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		PB	
NOME		EMANUEL GIOVANE DE SOUSA FERNANDES							
DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE		2946458		887		PB			
CPF		013.308.894-44		DATA NASCIMENTO		16/12/1985			
FILIAÇÃO		GIVANILDO FERNANDES DA SILVA							
		LINDALVA DE SOUSA							
PARENTESCO		ACQUANTO		CAUSAL		AUS			
1ª EMISSÃO		04/23/2017		VALIDADE		09/03/2023		1ª REEMISSÃO	
						28/04/2009			
OBSERVAÇÃO									
ASSINATURA DO PORTADOR									
NOME		JOAO PESSOA, PB						DATA EMISSÃO	
								12/03/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR								85787068461	
								PB026463051	
PARAÍBA									

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638583697

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638583697

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-02-89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-51-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAIS/PRX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Emanuel Giovane de S. Fernandes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Emanuel Giovane de S. Fernandes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

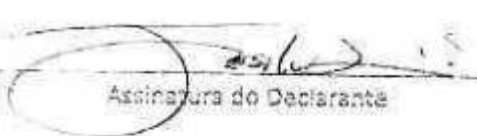
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Telefone: <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2020


Assinatura do Declarante

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento tipo e pagamento via conta.

Recibo para impressão e pagamento da conta. Nº 001-437.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.185 / 0001-40 - Insc. Est. 16.615.823-0

DADOS DO TITENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

19/09/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,50

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/09/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	001371069201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

INFORME ESTIMADO

MATRÍCULA

6196861

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA DE SOUZA

IV DALVA FERREZ, 170 - SESI BAYEUX PB 58305-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
002.002.086.114C.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N120575	09/11/2016	EXT MURDO LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
513	530	17	31	27/03/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	23	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2019	18	TURBIDEZ		0	0	0
NOV/2019	13	CLORO		0	0	0
OUT/2019	14	CO ₂ TERMOT		0	0	0
SET/2019	15	COR		0	0	0
AGO/2019	16	COL.TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 28/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:00

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

7 M3

34,23

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LII 12.741/12

VENCIMENTO:

15/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 72,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA TRÁB. INFANTIL



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

6196861

FEV/2020

15/03/2020

R\$ 72,14

82660000003 2 72140010002 1 00619686101 4 01202020003 0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.308.894-4 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Manuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Manuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 053.308.894-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Seri 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
e
rubrica
do
Beneficiário
ou
Representante
Legal

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

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

37 - (e) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B. Brasil

agência - 2849-5

com. - 35278-0

CIC



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 279583

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/11/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 20:17:23

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA

FAX: - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Num. Prontuario: 2019.11.002008

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 013.308.894-44

CNS: 706808250074420 Sexo: F IDENTIDADE: 2846458 SSP PB Fone: 986180036

Natural: GUARABEIRA/PB Data Nasc.: 16/12/1985 Id: 33 ano(s)

End.: TRAVESSA DALVA FERRAZ, 170

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: LINDALVA DE SOUSA

Pai: GIVANILDO FERNANDES DA SILVA

Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CONTADOR (CURSO SUPERIOR)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Tel/Doc. Responsavel: 986180036 / IDENTIDADE: 2846458 SSP PB

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Pe: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto com pavimento em antebraço esquerdo. ACV 66 bpm. PR. 33 irpm. Glicose 15. Alíngua a penicilina.

Diagnostico

Conduta

① Raxo-x antebraço ⑤ Ape perfu
② Raxo-x de punho ⑥ Ape aluqu
③ Raxo-x de torax PA e perfil
④ Avaliação do ortopedista

Prescrição

Horario

Dr. Azif Davi Lemos
Médico Residente
Cirurgia Geral

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.308.894-4 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Manuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Manuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 053.308.894-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Seri 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 183198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
e
rubrica
do
Beneficiário
ou
Representante
Legal

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

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

37 - (e) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário: Manuel Geovane de S. Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B. Brasil

agência - 2849-5

com. - 35278-0

CIC





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14577.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14577.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 23 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Emanuel Geovane de Sousa Fernandes**, CPF nº 013.308.894-44, CNH nº 04625550917, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Contador, filho(a) de Lindalva de Sousa e Givanildo Fernandes da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Dalva Ferraz, Nº 170, complemento Casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99606-5970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cremosim, Santa Rita/PB, bairro Varzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

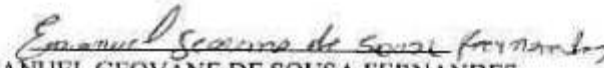
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava com seu, veículo, a motocicleta YAMAHA/FZ25 FAZER ano/mod. 2018/2019. Cor: PRETA, placa: QSK1070/PB,- Chassi: 9C6RG5010K0018455 parado na rua Celina Marques da Fonseca, B. Santo Amaro/ Cidade de Santa Rita/PB, devido ao fluxo de veículo, quando foi surpreendido por outro veículo, conduzido por uma pessoa com sintomas de embriagues, uma motocicleta HONDA/TITAN - PLACA: OFA4507/PB que colidiu na traseira do veículo do noticiante fazendo com que o noticiante caísse no local, onde terceiros conduziu o noticiante para o Complexo Hospitalar Hospital - Mangabeira Gov. Tarcísio Burity - onde foi diagnosticado com fratura dos ossos do Antebraço ESQUERDO - CID: S 5.2. conforme Laudo Médico - emitido pelo Dr. EDUARDO PAZ LIRA - CRM

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

João Pessoa/PB, 23 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES
Noticiante

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000035278-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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



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: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000035278-0

Nr. da Autenticação 217CC599C17EBDA1

PROCURAÇÃO

Outorgante: Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Fereiz, nº 170, bairro Messi, Município de Bavetex, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/ PR e CPF nº 013.308.894-24

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pinheiro, Estado de(o) PR, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PR e CPF nº 455.536.001-91

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) Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, ocorrido em 27/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. OK
Processo de natureza im validade

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.

João Pinheiro, 04 de março de 2020

Emanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121697/20

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNAND

CPF: 013.308.894-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES : 013.308.894-44

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: 24/04/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Fereiz, nº 170, bairro Messi, Município de Bavetex, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/ PR e CPF nº 013.308.894-24

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pinheiro, Estado de(o) PR, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PR e CPF nº 455.536.001-91

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) Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, ocorrido em 27/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. OK
Processo de natureza im validade

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.

João Pinheiro, 04 de março de 2020

Emanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015456572994
EXERCÍCIO 2019
0117004272 00/00000000 2019

ENANUELI GREGORIO DE S. FERNANDES

01330889444 QSK1070/PB
NOVO PB 906RG5016K0018455

P/S/MOTOCICLETA/NO APLIC. ALCO/GASOL
MARCA/MODELO: YAMAHA/TZ25 FAZER 2018 2019

2 P/249/CI ARTIC PRETA
COTA ÚNICA 00/00/0000

P V 00/00/0000
PAGAMENTO / COTAS 2 3

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

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

PB Nº 015456572994 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01330889444 QSK1070/PB
YAMAHA/TZ25 FAZER 2018 2019

906RG5016K0018455
2018 9 906RG5016K0018455

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PAGAMENTO 00/00/0000
PAGAMENTO 00/00/0000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO CANTILHADA NACIONAL DE HABITAÇÃO			
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA			
Doc. Identific. - Cód. Serviço: 1084362		ESP: 18	
Cidade: 455.534.024-93		Data Nascimento: 02/04/1967	
Profissão: JOSEFA GERVASIO DA SILVA			
Identificação: 1084362		ESP: 18	
1º Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA		2º Nome: JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
1ª Data Nascimento: 02/04/1967		2ª Data Nascimento: 02/04/1967	
Assinatura: <i>Jose Eduardo da Silva</i>			
Assinatura: <i>Josefa Gervasio da Silva</i>			
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA		Data Nascimento: 02/04/1967	
Nome: JOSEFA GERVASIO DA SILVA		Data Nascimento: 02/04/1967	
Assinatura: <i>Jose Eduardo da Silva</i>			
Assinatura: <i>Josefa Gervasio da Silva</i>			

DMO: Inteira dos ovos
da artéria (E)

Exposto

cd. Ao BL

Dr. Pedro Thiago
TEOD: 16258
CRM-P: 6032

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Evonny Moura Data da Admissão: 17/11/79
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____

HDA: Exposto aos raios do antebraço
neurovascular preservado
at. Ao BL

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Emanuel Cesarini Say			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	25.11.19			1º Assistente:	Dr. Emanoel R3
2º Assistente:	Cirurgião: Dr. Taliairica			Instrumentador:	
3º Assistente:					
Anestesiologista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura das costelas G

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

o mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Osteotomia - A4F1

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 (x) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 (x) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito
 supino. Sale a medula -
 A aneur + Antimig
 Agarrar com as mãos

Incisão:

Incisão longitudinal em
 Anterior - Anterior - 1 cm de
 Thompson

Achados:

Incisão longitudinal em
 Medial Anterior No plano

Visão lateral Fratura de os
 da base da Anterior

Conduta:

Anterior Anterior. Ales
 Fixação interna (com 6
 8 parafusos + 6 parafusos
 com Placa 1/3 tubular
 cortical

Vinagem com 5F

Sutura

Fechamento:

Colar Ail - Polm

de controle

OBS:

Data: 25/11/17

Dr. Elias P. Bessa
 CRM 11.858 PP
 Ortopedia e T.

MÉDICO/C



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Emmanuel Alexandre Figueiredo				Registro:		
Idade:		Sexo:	M	Cor:		EMP:	LR:
Data:	19/11/12	Cirurgião:	Dr. Pedro Thiago			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fx exposta dos ossos do
antebraço

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

LC + DL

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Encurtado de tendões
- DDM sob anest.
- Prep + antisept + caps

Incisão:

Apresentação do Fêmur transt.

Achados:

Artroscopia ci distal
do osso externo

Conduta:

- Lavagem cm.
- Desbridamento.

Fechamento:

Por pontos

OBS:

Data: 17/11/23

MÉDICO/C

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 33 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 17/11/2019		DATA DE ALTA: 26/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>				CID S52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. TIBIRICA)

26/11/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

PROCURAÇÃO

Outorgante: Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Fereiz, nº 170, bairro Messi, Município de Bavetex, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/ PR e CPF nº 013.308.894-24

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Rezza, Estado de(o) PR, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PR e CPF nº 455.536.001-91

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) Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, ocorrido em 27/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. OK
Processo de natureza im validade

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.

João Rezza, 04 de março de 2020

Emanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Fereiz, nº 170, bairro Messi, Município de Bavetex, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/ PR e CPF nº 013.308.894-24

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Rezza, Estado de(o) PR, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PR e CPF nº 455.536.001-91

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) Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, ocorrido em 27/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. OK
Processo de natureza im validade

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.

João Rezza, 04 de março de 2020

Emanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121697/20

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNAND

CPF: 013.308.894-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES : 013.308.894-44

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: 24/04/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO