

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Taífel Gerafin de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Taífel Gerafin de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda: _____	COMPRESEGURO 065 001/2014-01-01 a 25/01/2018
---	--------------	--

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>58</u>	<u>Casa</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>	<u>83/999471520</u>	<u>83/996978811</u>	

Itaperanga, 10 de Maio de 2018.  
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante

ESTADO da PARAÍBA

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA TECNOLÓGICA

SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO CIVIL - SIC

PE

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3452161 SEF PE

CPF  
039.267.004-09 DATA NASCIMENTO  
13/06/1978

PAIS/AVÔ:  
ADILSON DOS SANTOS

ONDE RODRIGUES DA SILVA  
VIA:

UF: PE  
CID: PE  
MUN: PE

Nº REGISTRO  
04219219971 VALIDADE  
26/06/2022 Emissão  
14/06/2007

VIGE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1424948517**

**COMENTÁRIOS**

*Olá, eu sou de São Paulo.*

APRESENTAÇÃO DO PÓS-REGISTRO

LOCAL  
**FEIRA VELHADA, PR**

DATA EMISSÃO  
**31/05/2017**

*[Assinatura]*  
Leandro Andrade Souza Almeida  
Delegado Federal

RRR64586707  
PR079761306

**PERNAMBUCO**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1424948517**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA MANOEL PEREIRA CAÍNA, 69 - CENTRO  
ITAPIORANGA / PB CEP: 56780000 (AG. 154)  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Distrito Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07008205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880

**energisa**  
ENERGISA PARAÍBA - DIST. REUDOPADE DE ENERGIA S/A  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Distrito Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07008205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880

Nota Fazenda / Conta de Energia Elétrica N°011.261.004  
Cód. para DAE: Automóveis: 00000279934

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.004-09 Incl. Est.
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/27663-4</b>

Canal de contato

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/08/18	Lectura 10296	Data 13/09/18	Lectura 10340	1
<b>Demotriativo</b>				
CC1 Dessação		Qntidade Tarifa(1) Valor Base(Calc. Alt. ICM(RB) ICMS(RB) Boleto(Calc. Padrão) Calor(RB))		
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS Padrão(RB) Boleto(RB) (0,00%) (0,7164%)		
D001 Consumo em kWh		43.000 0,585410 24,31 0,00 0 0,00 34,31 0,10 0,00		
2801 Adic. B Vermelha		2,35 0,00 0 0,00 2,35 0,02 0,00		

ANTONIO CELESTINO PEREIRA  
SIT MATA VELHA, S/N - ÁREA RURAL  
SAO JOSE DE CAIANA / PB CEP 58784000 (AO 154)

Emissao: 28/09/2018 Referencia: Set/2018  
Classe/Subcls: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 18 - 180 - 853 - 1370 N° medidor: 00001138926

energisa  
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.65.183.0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°013.215.441  
Cód. para Dáta Automática: 00011942809

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	28/09/2018	30/10/2018	031.003.794-89

UC (Unidade Consumidora):

5/119520019

Canal de contato

CD	Descrição	Quantidade	Demonstrativo							Consumo (kWh)	Data
			Tarifa (R\$)	Valor Base Calc.	Alq. Icms(R\$)	Icms	Base Calc. PIS(R\$)	PIS(Cofins(R\$))	Coef.(%)		
0801	Custo de Disponibilidade		12,57	0,00	0	0,00	12,57	0,18	0,18		
0801	Adic. B. Vermelha		1,67	0,00	0	0,00	1,67	0,01	0,01		
0810	Subsídio		5,39	0,00	0	0,00	5,39	0,04	0,04		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0804	JUROS DE MORA 08/2018		0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0805	MULTA 08/2018		0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,02	0,00		
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0808	Devolução Subsídio		-6,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
PROTOCOLO  
AÇÃO PESSOA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**



**SAMU  
192**

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	TIPO DE OCORRÊNCIA
13-10-76	713	Ronaldo Soutomaior de Souza	RESPIRATÓRIA
LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	MEDICO REGULADOR	SEXO:
BR. Itaporanga	SANTO ANTONIO	AUGUSTO	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.

APOIO NO LOCAL:  PM,  RESGATADORES,  RESGATISTAS,  OFICAT,  STTRANS,  OUTRO:

QTA:  SOCORRIDO POR TERCEIROS,  RECURSO ATENDIMENTO,  SOCORRIDO PELO BOMBEIRO,  LOCAL NÃO ENCONTRADO,  OUTRO:

**TIPO DE AGRAVO**

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIATRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALIMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.E.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

**ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSOES	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÕES ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECCIONO-COVID-19	<input type="checkbox"/> OUTROS:

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: H.Da

RESPONSÁVEL:

FUNCTION: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO,  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE,

OUTRO:

TRANSFERÊNCIA SIMPLES

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNCTION:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Vítim de Colapso Arterial. FF: A. VAI LO. Ri

B: Nra n PA C: WMD OFT 5r 5r 17. PGG 15

DADOS VITIAIS

WAA:

LIVRE

OBSTRUÍDA

/ RESPIRAÇÃO:

100pm

400pm

/ PULSO RADIAL:

PRESENTE

ABSENT

FRACU

FRA

FA

E.C.G.

NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO  SONOLÉNCIA  COMA  CONVULSÃO  OTORRAGIA  RIGIDEZ

MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS  TRABALHO DE PARTO

OUTROS: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

#### DIAGNÓSTICOS

#### PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AERÉAS  INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL  CÂNULA OROFARÍNGEA  CRICOTIREOIDOSTOMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O<sub>2</sub>)  DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  CURATIVO  
 PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MÉMBROS  COLAR CERVICAL  
 TALAS/TRAÇÃO  OROTRAQUEAL  OUTROS: \_\_\_\_\_

#### TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

#### EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

#### ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO  RECUSA O ATENDIMENTO  ÓBITO NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

#### POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO (PRELEVAÇÃO DE GARRAFA/FRASCO/CAIXA)

#### RECUSA

NAME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



#### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_

AUX TÉC. DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rafael Gerafim de Lima

CPF da Vítima

130.403.624-37

Data do Acidente

13/07/2016/2016

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

sertao.assessoria@hotmail.com

CPF do Representante legal

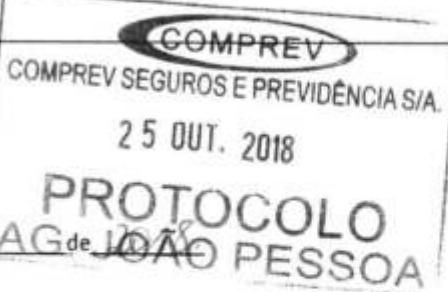
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Itaperanga, 10 de Maio  
Local e Data

X Rafael Gerafim de Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

130.403.624-37

Rafael Serafim de Lima

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Rafael Serafim de Lima	130.403.624-37	Agricultor	
Endereço	Número	Complemento	
Sítio Mata Velha	S/N	casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
área rural	Ita José de	COMPREV	58.789-000
Email		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA	Telefone (DDD)
srtao.assessoria@lotmail.com			83 9915201996978811

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

#### AGÊNCIA

NRO.

D/V

#### CONTA

NRO.

D/V

3571

\_\_\_\_\_

30.469

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### AGÊNCIA

NRO.

D/V

#### CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Itaporanga 70* de *Maio* de *2018*  
 Local e Data

*Rafael Serafim de Lima*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**  
  
Nº Sinistro: **3180504408**  
Vitima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**  
Data do Acidente: **13/10/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504408**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180504408**

Vitima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Data do Acidente: **13/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180504408**

Vitima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Data do Acidente: **13/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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, 27 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180504408**

**Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

**Data do Acidente: 13/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390893/18

**Vítima:** RAFAEL SERAFIM DE LIMA

**CPF:** 130.403.624-37

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/10/2016

**Titular do CPF:** RAFAEL SERAFIM DE LIMA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

### RAFAEL SERAFIM DE LIMA : 130.403.624-37

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: 25/10/2018  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

ESTADO da PARAÍBA

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA TECNOLÓGICA

SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO CIVIL - SIC

PE

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3452161 SEF PE

CPF  
039.267.004-09 DATA NASCIMENTO  
13/06/1978

PAÍS:  
ADELSON DOS SANTOS

ODERTE RODRIGUES DA SILVA

UF: PE  
CID: PE  
MUN: PE

Nº REGISTRO  
04219219971 VALIDADE  
26/06/2022 Emissão  
14/06/2007

VIGE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1424948517**

**COMENTÁRIOS**

*Alvo designado*

APRESENTAÇÃO DO PÔRTEIRO

LOCAL  
**FEIRA VELHADA, PR**

DATA EMISSÃO  
**31/05/2017**

*[Assinatura]*  
Leandro Andrade Souza Almeida  
Oficial Presidente

RRR64586707  
PR079761306

**PERNAMBUCO**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1424948517**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA MANOEL PEREIRA CAÍNA, 69 - CENTRO  
ITAPIORANGA / PB CEP: 56780000 (AG. 154)  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Distrito Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07009205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880

**energisa**  
ENERGISA PARAÍBA - DIST. REUDOPADE DE ENERGIA S/A  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Dist. Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07009205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880  
Nota Fazenda / Conta de Energia Elétrica N°011.261.004  
Cód. para DAE: Automátil; 00000279934

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.ennergisa.com.br](http://www.ennergisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.004-09 Insc. Est.
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/27663-4</b>

Canal de contato

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/08/18	Lectura 10296	Data 13/09/18	Lectura 10340	1 43 29
<b>Demonstrativo</b>				
CC1 Dessação		Qntidade Tarifa(1) Valor Base(Calc. Alt. ICM(RB) ICMS(RB) ICMS(Calc. Padrão) Cofre(RB))		
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS Padrão(RB) IPI(Cofre)(RB) (0,00%) (0,7164%)		
D001 Consumo em kWh		43.000 0,585410 24,31 0,00 0 0,00 34,31 0,10 0,00		
2801 Adic. B Vermelha		2,35 0,00 0 0,00 2,35 0,02 0,00		

Declaração:

Eu, RAFAEL SERAFIM DE LIMA, portador do RG nº 4.205.215, SSP/PB e CPF nº 130.403.624-37, residente no Sítio Mata Velha, s/n, área rural, São José de Caiana, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, **13/10/2016**, fui vítima de acidente de trânsito, tendo em vista que o veículo que eu viajava encontrava-se em dias, mas como estava em nome de terceiros, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, desta forma, sendo feita a mais lídima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 11 / Outubro / 2018



Jeronimo Rodrigues dos Santos  
PROCURADOR

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUI POR SUA CARGA, A PESSOAS**

A DETRAN - PB		Nº 013027338560	
CERTIFICADO DE PRÉ-ESTR 61-FENGOM0000896 Y2CULO		EX 2017	
VIA 1	009945478-2	0070000000	
JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR		NOME	
25	13039541712	NPJ	KHT4041/PB
08	KHT4041 /UF SP	9C2KCUB108R127068	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC		EX-GOITANA	
HONDA/CGL450M/07/AN KS		20000	200000
C2/PLA 9 /CZ PERRIC		CINZA DOMINANTE	
COTA UNICA		000000000000	VENC / COTAS
P	V	1 <sup>a</sup>	
V	V	2 <sup>a</sup>	
A	A	3 <sup>a</sup>	
PRÉMIOS PREVISTOS		SEGURU PREPO WAG010 024/0644/0017	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
		0	
		24/04/2017	DIA
		1350,	VALOR
 ITAPORI		Adesivo Automotivo Distribuidor Oficial	
17397			

PB Nº	0130273-38560	BILHETE DE SEGURO DPVAT		
JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR				
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b>WWW.seguradoralider.com.br</b></p> <p><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>				
EXERCÍCIO	2017	DATA EMISSÃO	24 / 04 / 2017	
<p><b>JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR</b></p> <p>VIA _____</p> <p>RENAVAM _____</p> <p>Nº CHASSI <b>HHT4U4L/PB</b></p> <p>Nº PLACA <b>AJ-7450-3854-412</b></p>				
<p><b>00954344782 HONDA/CG 150 TITAN K PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p> <p><b>9CZTFC08108R127068</b> SEGURO (R\$)</p> <p><b>2008 (R\$) 9</b></p> <p><b>CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** * * *</b></p> <p><b>PAGAMENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</p> <p><input type="checkbox"/> PARCELADO</p>				
<p><b>DATA DE OBTENÇÃO</b></p> <p><b>PAGO</b></p> <p><b>DIA A SEGUIR NA PÓS-SEGURANÇA</b></p>				
<p><b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b></p> <p>CNPJ 08.248.608/0001-04</p> <p>1350-0915250-20170424</p>				

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



Dr Ferraz

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga  
PARA: Patos  
ENCAMINHO: Rafael Senna do Lira IDADE: 21 SEXO: Masculino.  
RESIDENTE: Sítio Mata Velha  
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: Paraíba.  
PA \_\_\_\_\_ MM/HG \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ °C. PESO \_\_\_\_\_ KG.

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Encaminho à Paciente Rafael Senna Lira  
de Lira, com fratura em Fibula e tibia  
O mesmo vítima de acidente automobilístico  
de trânsito envolvendo um pedestre.

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.	
25 OUT. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Philippe W. Sá de Figueiredo

MEDICO  
CRM PB 10513

15,10,16 HORA: 20:30





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNIFIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 82523

Data/Hora: 14/10/2016 11:03:4

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Idade: 21 Sexo:

Filiação: \_\_\_\_\_

Pai: DELMIRO SERAFIM DE LIMA  
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002  
Endereço: SITIO MATA VELHA  
Bairro: ZONA RURAL  
Naturalidade: ITAPORANGA - PB  
Fone: (83)99811-5153

N.:

Documentos: \_\_\_\_\_

CNS: 204-0379-0268-0007  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

Nascimento: 17/11/1994  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Primo para Dr. Pedro  
outros familiares

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos sistemas)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

		Enfermaria	Lito	Nº Prontuário
Agente de Anestesia	10/10/2018	Respiração	Idade	Sexo
			27	M
		Temperatura	Peso	Cir.
		Glicemia	Unha	Altura
		Hemoglobina	Hematocrito	Outros
Ap. Respiratório			Ama	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoco	Ap. Urinário
Baço e Vísceras		Ataxicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico Pré-Operatório	Endoscopia de Lesões D.			Estado Físico
Anestésicos Anaisíticos				Risco
Medicamento Pré-Anestésicos		Aplicada à:		Efeto

Agente Anestesia	10/10/2018	INDUÇÃO
Agente	10/10/2018	Satisf. _____ Excit. _____ Toss. _____
Agente	10/10/2018	Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Agente	10/10/2018	Náuseas _____ Vômitos _____
Agente	10/10/2018	Outros _____
		MANUTENÇÃO
		Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
		Não, porque? _____
		DESPERTAR
		Reflexos na SO _____
		Oscil. CO2 _____ Excit. _____
		Náuseas _____ Vômitos _____
		Outros _____
		Com estímulos _____
		para o teto sim _____ não _____
		CONDIÇÕES

COMPREVE V. A.  
COMPREVE SEGUINTE PREVIDÊNCIA S/A

25 OUT. 2018

**PROTOCOLO**  
~~AO JOÃO PESSOA~~

Agente	det	Cânula
Agente	10/10/2018	
Agente	10/10/2018	
Operador	10/10/2018	
Clínica	10/10/2018	
Anestesista	10/10/2018	
Observações		

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE OT 70	LEITO 04	CONVENIO SUS	IDADE 33 anos	REGISTRO 82323
CIRURGIA TTO. cirurg. Crav. Tibial D1		CIRURGIO Dr. Marcelo Alves		
ANESTESIA Roxani		ANESTESISTA Dr. Marconi		
INSTRUMENTADORA	DATA 19/10/16	INICIO 11:30hs	FM	

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDEHOSPITAL REGIONAL  
DR. JANDUHY CARNEIRO

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain Pess		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilosteasin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Espadrapo
	Etodimidaate		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publicovalina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Ajodão Hidrófilo
	Narcan	1	Ajodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		COMPREV
	Prostigmine		Pastilha de Formol
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalin	25 001. 2018	Fio Cromado 0 a/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 a/ agulha
	Gefeletina 19g		Fio Cromado 1-0 a/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 a/ agulha
	Plasti		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 a/ agulha
	Esparin 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 a/ agulha
	Amicacina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ smigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22		Polydioxanone 1/0
	Polycot 0 a/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Onfuron 2,5 a/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Rogério Senna Lira</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dra. Marcela Alves</u>	1º Auxiliar <u>Dra. Ivana</u>	
Anestesista <u>Dra. Morena</u>	Tipo de Anestesia <u>Regional</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura de fíbula direita</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Orto-madura no placa + Parafusos + Parafusos intramedular</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>Oncor</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato	<b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 25 OUT. 2018	
Acidente Durante a Cirurgia	<b>PROTÓCOLO</b> AG. JOÃO PESSOA	

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- Parte - ONU u sob anestesia
- Antissepsis + colocação de coxa longa
- Tumor - não é dentro a fôvea D
- Aberto por filet + fibromolgia + foco d'osso + pedre bruta + Fracô de fratura + placas 1/3 diante + parafusos 6x6 + parafusos intramedulares + limpeza de SRA + silicona em placa + cinturão

Márcio Alves  
Médico

ESTADO da PARAÍBA

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA TECNOLÓGICA

SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO CIVIL - SIC

PE

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3452161 SEF PE

CPF  
039.267.004-09 DATA NASCIMENTO  
13/06/1978

PAIS/AVÔ:  
ADILSON DOS SANTOS

ONDE RODRIGUES DA SILVA  
VIA:

SEXO: M  
ESTADO: PE  
CIDADE: PE

Nº REGISTRO  
04219219971 VALIDADE  
26/06/2022 Emissor  
14/06/2007

VIGE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1424948517**

**COMENTÁRIOS**

*Olha só que linda*

APRESENTAÇÃO DO PÓS-REGISTRO

LOCAL  
**FEIRA VELHADA, PE**

DATA EMISSÃO  
**31/05/2017**

*[Assinatura]*  
Leandro Andrade Souza Almeida  
Delegado Federal

RR064580707  
PR079761306

**PERNAMBUCO**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1424948517**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA MANOEL PEREIRA CAÍNA, 69 - CENTRO  
ITAPORANGA / PB CEP: 56780000 (AG. 154)  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Distrito Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07009205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880

**energisa**  
ENERGISA PARAÍBA - DIST. REUDOPAR DE ENERGIA S/A  
Emissor: 13/06/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 20. Km 25 - Distrito Redentor - Jati - Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
NP medidor: 07009205001 Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880

Nota Fazenda / Conta de Energia Elétrica N°011.261.004  
Cód. para DAE: Automátil; 00000279934

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.004-09 Insc. Est.
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/27663-4</b>

Canal de contato

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/08/18	Lectura 10296	Data 13/09/18	Lectura 10340	1 43 29
<b>Demonstrativo</b>				
CC1 Dessação		Qntidade Tarifa(1) Valor Base(Calc. Alt. ICM(RB) ICMS(RB) ICMS(Calc. Padrão) Cofre(RB))		
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS Padrão(RB) IPI(Cofre(RB)) (0,00%) (0,7164%)		
D001 Consumo em kWh		43.000 0,585410 24,31 0,00 0 0,00 34,31 0,10 0,00		
2801 Adic. B Vermelha		2,35 0,00 0 0,00 2,35 0,02 0,00		



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.205.215	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/11/2013
NOME	RAFAEL SERAFIM DE LIMA		
FILIAÇÃO	DELMIRO SERAFIM DE LIMA JOSEFA TRIXOTRA DE LIMA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA - PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC ORIGEM	NASC.N.17047 PL8-58 LIV.2-37	17/11/1994	
CPF	CARTÓRIO ITAPORANGA		
João Pessoa - PB			
Assinatura do Titular			
LEI N° 7.115 DE 29/06/83			

