



Número: **0804382-87.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **26/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO CASCIANO BARBOSA (REPRESENTANTE)		MARCOS EDSON DE AQUINO (ADVOGADO) CLAUDIO GALDINO DA CUNHA (ADVOGADO)	
I. C. B. (AUTOR)		CLAUDIO GALDINO DA CUNHA (ADVOGADO) MARCOS EDSON DE AQUINO (ADVOGADO)	
JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA (REPRESENTANTE)		MARCOS EDSON DE AQUINO (ADVOGADO) CLAUDIO GALDINO DA CUNHA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34040980	08/09/2020 09:48	2747632_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vítima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180013599**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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

Carta nº 12203926

Pag. 01615/01616 - carta_01 - DAMS



00010808



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vítima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180013599**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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

Pag. 01617/01618 - carta_01 - DAMS



Carta nº 12204500



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599

Vítima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180013599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 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

Pag. 01383/01384 - carta_03 - DAMS



Carta nº 12205641



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CASCIANO BARBOSA**
Nº Sinistro: **3180013599**
Vítima: **ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180013599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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** 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

Pag. 01387/01388 - carta_03 - DAMS



Carta nº 12205956



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CASCIANO BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180013599**
Vitima: **ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180013599**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 13066219

Pag. 00287/00288 - carta_16 - DAMS

00010144



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

Nº Sinistro: 3180013599
Vitima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA
Data do Acidente: 18/05/2017
Cobertura: DAMS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180013599**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 13066245

Pag. 00285/00286 - carta_16 - DAMS



00010143



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

Autorização de pagamento

110

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido pelo beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU SEVERINO CASCIANO BARBOSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2558248 EXPEDIDO POR SSP / PB EM 01/12/2017
CPF 0990050977-72 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ISMAEL CLEMENTE HORTADO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 042 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 023 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01268-0

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

CURACURA 01 de Dezembro de 2017 Severino Casciano Barbosa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

889800405





SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 09:48:37

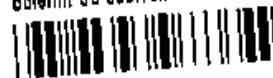




BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2017
Ocorrência nº. 297/2017

Boletim de ocorrência



173

Aos CINCO dias de SETEMBRO de DOIS DEZESSETE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 12h:50 min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA, conhecido(a) por ISAIAS, Identidade nº SSP/RJ, CPF , nacionalidade brasileira, estado civil: , profissão: Estudante, filho(a) de Severino Casciano Barbosa e Josefa Maria Clementino Terceira, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 03/02/2005 (12 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carrasco, Zona Rural, ponto de referência: Próximo Colégio Maria Benervino de Aquino, na cidade de Guarabira/PB, fone(s) para contato: 83 999492659

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) Natureza do fato: Acidente de Trânsito;
- 2) data do fato: 18/05/2017;
- 3) Horário do fato: 09:00;
- 4) Local do fato: Sítio Carrasco, zona Rural- Guarabira/Pb.

5) Breve resumo do fato:

Afirma a noticiante o Sr. Severino Casciano Barbosa, RG 1558248, CPF 789.050.944-72, natural de Guarabira/Pb, nascido em 30/01/1971, filho de João Cassiano Barbosa e Marina Belarmino Viegas, representante legal do menor, Isaias Clementino Barbosa, que o menor vinha como carona na Moto HONDA/XRE 300, ANO/MODELO 2016/2016 E COR BRANCA, PLACA QFW 8326/PB, CHASSI 9C2ND1110GR007413, em nome do condutor WIBIS ALEXANDRE DA SILVA, QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU. Para o Hospital de Traumas na Capital, conforme prontuário 102093 e CID 10, S72.3, tendo como testemunhas, Jailson Fernandes da Silva, residente no Sítio Carrasco e Luciano Marinho de Souza, Rua Luis Oliveira da Silva, 83, Tambiá, João Pessoa/Pb

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

~~Isaias Clementino Barbosa~~ **ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA** **SEVERINO CASCIANO BARBOSA**

Comunicante

Escrevã(o)/Agente
Matrícula nº 137.300-5





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARABIRA
SECRETARIA DE SAÚDE

Comprovação de ato declaratório



Guarabira, 13 de junho de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA, 12 anos, menor de idade, onde o mesmo foi realizado os primeiros socorros pela equipe da USB - 50 do SAMU/GBA onde o mesmo realizaram a TRANSFERENCIA para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de João Pessoa/PB. Paciente foi encontrado no Sítio Carrasco, próximo a Escola Maria Benevides, sendo socorrido através do ID 1700748 autorizado pela médica reguladora Dra. Gimene no dia 18/05/2017, por volta das 09:15hs, onde o mesmo sofreu Biomecânica "QUEDA DE MOTO" apresentando escoriações na face, fratura fechada em MID, edema local + desvio de MID e encurtamento com limitações do movimento MID. Ao chegarmos no local paciente ENCONTRAVA-SE EM POSIÇÃO DORSAL AO SOLO, NÃO FAZIA USO DE EPIs (CAPACETE). Sem sinais de embriaguês. O mesmo foi conduzido pela equipe do SAMU/GBA acompanhado da Enfermeira Gleicyanne Ferreira da Cruz Mornais COREN/PB 145.849 e o Condutor Roniery Agostinho da Silva, onde os profissionais realizaram todos os procedimentos como preconiza o PHTLS, e encaminhado ao referido hospital ora citado anteriormente, onde o mesmo ficou sob os cuidados da Dra. Edinelia Nobrega CRM 3520.

SECRETARIA DE SAÚDE Nº. 000-2017 12:28 25/04/17

Atenciosamente,

Cássia Cilene Silva de Melo
Coordenadora Geral do SAMU

Cássia Cilene Silva de Melo
Coordenadora Geral
Samu - GBA



SISTEMA CARLIANO BARROSA
STY CARLIANO, S/A - JUAZ DE FOROS
QUADRA 100 CEP 34000-000 (AO 37)

Conta de Gás RURAL / RURAL RESIDENCIAL M 3000 AC 100 B 220 4m 25 - Cód. Resposta: 1448 Págs 108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

1. The first part of the document is a list of names and dates, including "1946-1947", "1948-1949", "1950-1951", "1952-1953", "1954-1955", "1956-1957", "1958-1959", "1960-1961", "1962-1963", "1964-1965", "1966-1967", "1968-1969", "1970-1971", "1972-1973", "1974-1975", "1976-1977", "1978-1979", "1980-1981", "1982-1983", "1984-1985", "1986-1987", "1988-1989", "1990-1991", "1992-1993", "1994-1995", "1996-1997", "1998-1999", "2000-2001", "2002-2003", "2004-2005", "2006-2007", "2008-2009", "2010-2011", "2012-2013", "2014-2015", "2016-2017", "2018-2019", "2020-2021", "2022-2023", "2024-2025", "2026-2027", "2028-2029", "2030-2031", "2032-2033", "2034-2035", "2036-2037", "2038-2039", "2040-2041", "2042-2043", "2044-2045", "2046-2047", "2048-2049", "2050-2051", "2052-2053", "2054-2055", "2056-2057", "2058-2059", "2060-2061", "2062-2063", "2064-2065", "2066-2067", "2068-2069", "2070-2071", "2072-2073", "2074-2075", "2076-2077", "2078-2079", "2080-2081", "2082-2083", "2084-2085", "2086-2087", "2088-2089", "2090-2091", "2092-2093", "2094-2095", "2096-2097", "2098-2099", "2100-2101", "2102-2103", "2104-2105", "2106-2107", "2108-2109", "2110-2111", "2112-2113", "2114-2115", "2116-2117", "2118-2119", "2120-2121", "2122-2123", "2124-2125", "2126-2127", "2128-2129", "2130-2131", "2132-2133", "2134-2135", "2136-2137", "2138-2139", "2140-2141", "2142-2143", "2144-2145", "2146-2147", "2148-2149", "2150-2151", "2152-2153", "2154-2155", "2156-2157", "2158-2159", "2160-2161", "2162-2163", "2164-2165", "2166-2167", "2168-2169", "2170-2171", "2172-2173", "2174-2175", "2176-2177", "2178-2179", "2180-2181", "2182-2183", "2184-2185", "2186-2187", "2188-2189", "2190-2191", "2192-2193", "2194-2195", "2196-2197", "2198-2199", "2200-2201", "2202-2203", "2204-2205", "2206-2207", "2208-2209", "2210-2211", "2212-2213", "2214-2215", "2216-2217", "2218-2219", "2220-2221", "2222-2223", "2224-2225", "2226-2227", "2228-2229", "2230-2231", "2232-2233", "2234-2235", "2236-2237", "2238-2239", "2240-2241", "2242-2243", "2244-2245", "2246-2247", "2248-2249", "2250-2251", "2252-2253", "2254-2255", "2256-2257", "2258-2259", "2260-2261", "2262-2263", "2264-2265", "2266-2267", "2268-2269", "2270-2271", "2272-2273", "2274-2275", "2276-2277", "2278-2279", "2280-2281", "2282-2283", "2284-2285", "2286-2287", "2288-2289", "2290-2291", "2292-2293", "2294-2295", "2296-2297", "2298-2299", "2300-2301", "2302-2303", "2304-2305", "2306-2307", "2308-2309", "2310-2311", "2312-2313", "2314-2315", "2316-2317", "2318-2319", "2320-2321", "2322-2323", "2324-2325", "2326-2327", "2328-2329", "2330-2331", "2332-2333", "2334-2335", "2336-2337", "2338-2339", "2340-2341", "2342-2343", "2344-2345", "2346-2347", "2348-2349", "2350-2351", "2352-2353", "2354-2355", "2356-2357", "2358-2359", "2360-2361", "2362-2363", "2364-2365", "2366-2367", "2368-2369", "2370-2371", "2372-2373", "2374-2375", "2376-2377", "2378-2379", "2380-2381", "2382-2383", "2384-2385", "2386-2387", "2388-2389", "2390-2391", "2392-2393", "2394-2395", "2396-2397", "2398-2399", "2400-2401", "2402-2403", "2404-2405", "2406-2407", "2408-2409", "2410-2411", "2412-2413", "2414-2415", "2416-2417", "2418-2419", "2420-2421", "2422-2423", "2424-2425", "2426-2427", "2428-2429", "2430-2431", "2432-2433", "2434-2435", "2436-2437", "2438-2439", "2440-2441", "2442-2443", "2444-2445", "2446-2447", "2448-2449", "2450-2451", "2452-2453", "2454-2455", "2456-2457", "2458-2459", "2460-2461", "2462-2463", "2464-2465", "2466-2467", "2468-2469", "2470-2471", "2472-2473", "2474-2475", "2476-2477", "2478-2479", "2480-2481", "2482-2483", "2484-2485", "2486-2487", "2488-2489", "2490-2491", "2492-2493", "2494-2495", "2496-2497", "2498-2499", "2500-2501", "2502-2503", "2504-2505", "2506-2507", "2508-2509", "2510-2511", "2512-2513", "2514-2515", "2516-2517", "2518-2519", "2520-2521", "2522-2523", "2524-2525", "2526-2527", "2528-2529", "2530-2531", "2532-2533", "2534-2535", "2536-2537", "2538-2539", "2540-2541", "2542-2543", "2544-2545", "2546-2547", "2548-2549", "2550-2551", "2552-2553", "2554-2555", "2556-2557", "2558-2559", "2560-2561", "2562-2563", "2564-2565", "2566-2567", "2568-2569", "2570-2571", "2572-2573", "2574-2575", "2576-2577", "2578-2579", "2580-2581", "2582-2583", "2584-2585", "2586-2587", "2588-2589", "2590-2591", "2592-2593", "2594-2595", "2596-2597", "2598-2599", "2600-2601", "2602-2603", "2604-2605", "2606-2607", "2608-2609", "2610-2611", "2612-2613", "2614-2615", "2616-2617", "2618-2619", "2620-2621", "2622-2623", "2624-2625", "2626-2627", "2628-2629", "2630-2631", "2632-2633", "2634-2635", "2636-2637", "2638-2639", "2640-2641", "2642-2643", "2644-2645", "2646-2647", "2648-2649", "2650-2651", "2652-2653", "2654-2655", "2656-2657", "2658-2659", "2660-2661", "2662-2663", "2664-2665", "2666-2667", "2668-2669", "2670-2671", "2672-2673", "2674-2675", "2676-2677", "2678-2679", "2680-2681", "2682-2683", "2684-2685", "268

FD-302a (Rev. 11-29-60) Page 1





Laudo Médico/Resumo de Alta

HEATSHL

Nome: <u>Sra. Clotilde Martins</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Clínica: <u>HEATSHL</u>	Enf.: <u>Leito:</u>
Data de admissão: <u>18/05/17</u>	Alta: <u>25/05/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Sint. de infecção de ferida</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>6 meses</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>---</u>			
Principais exames: <u>Radiografia</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>23/05/17 - Dr. Anderson - Redução de ferida e</u>			
Biópsias: <u>histopatológica</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>Existe com sint. de infecção de ferida, foi submetida à cir.</u>			
Dieta: <u>cul leve</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso:			
Relativo em casa por _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa <u>25</u> de <u>05</u> de <u>17</u>		Ass. Médico/CRM <u>Dra. Jéssica Emilia F. Rabêlo</u> Médica CRM 100458	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

COMPANHIA SANEAMENTO DE JOÃO PESSOA S.A. - 02-97-3647 1028 254523 1/1

F(NG).APC.002-2



Rede Orto

ODONTISTAS ESPECIALIZADOS

Nome: _____

Endereço: _____

Aspectos Funcionais

Indicar Alteração: _____
 Indicar Ortodontologia: _____
 Indicar Causa: _____

Colapso

Distância Palatal: _____
 Extra Oral: _____
 Tipo de Alívio: _____

Recompências Dentárias

Exatidão do Arco Superior: _____
 Exatidão do Arco Inferior: _____

Antecâmara

Molar Superior: _____
 Molar Inferior: _____
 Miniparáliso: _____

Aparatologia

1º Aparelho: _____
 2º Aparelho: _____
 3º Aparelho: _____
 4º Aparelho: _____
 5º Aparelho: _____
 6º Aparelho: _____

Sequência de Tratamento:

Objetivos do Tratamento

Tempo Aproximado de Tratamento: _____

Tratamento aqui recebido, todas as informações quanto ao plano e sequência de tratamento estabelecido
 e sua execução, sua execução.
 Ass. do paciente (paciente ou responsável) _____ de _____ de 20__





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isaias Clementino Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 03/02/05
NOME DA MÃE Josefa maria Clementino Terceira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102093
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1001347
DATA DO ATENDIMENTO 31/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 11:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur D.
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em pé direito, edema acentuado em coxa esquerda, glasgow 15. Avaliado pelo traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D, bacia, pé D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito.

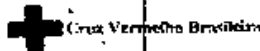
ALTA HOSPITALAR: 25/05/17
DATA DA EMISSÃO: 15/08/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

CRAMC 1003 (PAM) N.º 46-2016 (17/07/2016) 254524 1/1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO: sn - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1001347



Identificação do paciente					
ID	Nome				Sexo
1171635	ISAAS CLEMENTINO BARBOSA				Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religiao	Promotorio	
05/02/2005	12 anos 3 meses 12 dias				
Mãe	Pai				
JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA	SEVERINO CASCIANO BARBOSA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
	JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA - MAE				
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo	
83	988880000				
Tipo documento	Número documento	NF Cms			
		898000077568038			
Local de procedência	Tipo		UF		
GUARABIRA	MUNICÍPIO		PB		
Endereço	Cidade				
	GUARABIRA				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro		
58200000	GUARABIRA	PB	CARRASCO		
Número	Complemento	Bairro			
SN		ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora	Número do paciente	Comódo			
18/05/2017 11:45:33	1000004317998	SUS			
Especialidade	Clínica				
PEQUIRIA					
Classificação de risco	Origem do paciente				
	RESIDENCIA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente			
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial	Plano de saúde	Vale de ambulância		Trauma	
Não	Não	Não		Não	
Meio de transporte	Quem transportou				
CARRO PARTICULAR					
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X	Sangue	Urina	TC	Líquor	ECG
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Fratura feém fechada - ca					
Perna - pé D - base (ca)					
CID					
Atendido por					
MAYARA ANA LACERDA					
Tempo					
01min 35seg					

Imprimir

CRONOLOGIA DE ATENDIMENTO Nº 07-07-2017 10:27 254525 1/1

18/05/2017 11:44

1 de 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 09:48:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090809483747600000032562459

Número do documento: 20090809483747600000032562459

Num. 34040980 - Pág. 16



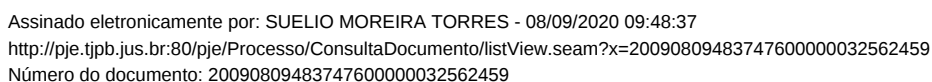
B.E./PRONTUÁN

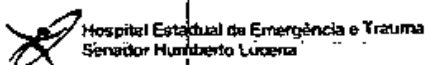
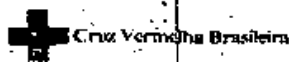
1000004317000 BE.: 1001247
ESPINO CLAUDIO LINO BARTOLO
OT, MARC.: 06/03/2000
MOM: JOSEFA MARIA CLEMENTINO TENCINA

```
END. CENRABCO  
N. E/N - ZONM PUNAL  
CENRABCOZAA  
#0000: {}  
CENRABCO: {B} CENRABCOZAA  
ID0000: {}  
OT. ENRABCO.
```

NOME DO PACIENTE:		DADOS PESSOAIS	
PROCEDÊNCIA:		IDADE: _____ DATA: _____	
☐ Doméstico ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia			
TIPO DE ACIDENTE:			
☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Enforcamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____			
TIPO DE LESÃO:			
☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Empenamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____			
LOCAL DA LESÃO:			
☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____			
DADOS CLÍNICOS (Sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO		PA: _____ mmHg P: _____ bpm SpO ₂ : _____ % Tax: _____	
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas Tamanho: ☐ Midríasis ☐ Anisocoria ☐ Miopia			
Sistema Respiratório:			
☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes ☐ Frequência normal ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Superfície ventilatória não invasiva ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatorio:			
☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão capilar estável ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros: _____			
Sistema Digestório:			
☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDS ☐ Corpo estivo ☐ Dor à palpação profunda Outros: _____ ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:			
☐ Diálise ☐ Hemodiálise ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ BVD ☐ Outros: _____			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:			
☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Cloroex ☐ Alérgico ☐ Cirurgias ☐ Imunizada ☐ Outros: _____ Especifique: _____			
USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especifique: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____			
DESTINO: _____ INTERVEIRO: _____ COREIA: _____			
FUNG: ENF.072			

01-27-2011 12:27 254526 17





SN, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.:

Paciente ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA	BAE 1001347	Data/Hora Entrada 18/05/2017 11:45:33	Data Baixa
Data de nascimento 06/02/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 858000077568038
Mãe JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA	Telefone de Contato (83) 996880000		Prontuário
Endereço CARRASCO, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO	Nº Cons. Regional 3520/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2017 11:57:49	Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:09:46		

Anamnese

INJURIA VITIMA DE QUEDA DE DE MOTO HA 3 HS, SEGUNDO O MESMO CAIU SENTADO POR CIMA DA PERNA DIREITA. QUEIXAS DE DORES NO PE D. AO EXAME, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NEGA TRAUMA EM CABEÇA. MEMBRO INF D COM IMOBILIZAÇÃO. OBSERVADO ACENTUADO EDEMA DE COXA. GLASGOW 15.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
2.9	Fratura do fêmur, parte não especificada

Conduta

Em observação

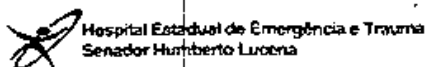
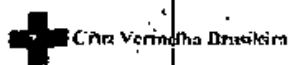
Avaliação de Ortopedia

Ednelia M. Nobrega Distefano
CRM-PB 0520
033.003.820

EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO
(3520/PB)

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA





VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente	ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA	BAE	1001347	Data/Hora Entrada	18/05/2017 11:48:33	Data Saída	
Data de nascimento	08/02/2005	Idade	12	Sexo	Masculino	CNS	898000077568036
Mãe	JOSEFA MARIA CLEMENTINO TERCEIRA					Telefone de Contato	(83) 938880000
Endereço	CARRASCO, S/N	Bairro	ZONA RURAL	Município	GUARABIRA	UF	PB
Acidente	OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cóns. Regional	16204/PB
Data/Hora Classificação	18/05/2017 11:57:49			Data/Hora Prescrição	18/05/2017 14:24:46		

Anamnese
CIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO A CERCA DE 4 HORAS COM DOR EM COXA D DESDE ENTÃO. NEUROVASCULAR NORMAL.

DIETA
DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
Diluir
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)
Diluir
ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)
Diluir
OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 1X AO DIA
CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 1,0 SERINGA VIA S.C., 1X AO DIA
GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 3,0 AMPOLA VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)
Diluir
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)
Diluir
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

[Assinatura]



CUIDADOS
CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
INSULINA REGULAR CONFORME HGT
SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL				
COAGULOGRAMA COMPLETO				
HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)				
CID10				
<table border="1"> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> <tr> <td>S72.3</td> <td>Fratura da diáfise do fêmur</td> </tr> </table>	Código	Descrição	S72.3	Fratura da diáfise do fêmur
Código	Descrição			
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur			

Conduta
Internar Paciente

MATHEUS MARTINHO ENOMOTO
(19204/PB)

ISAÍAS CLEMENTINO BARBOSA

PROCESSO: 117112017 05 07-07-2017 10:28 254529 141





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Inaías Clementino Barbosa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/05/19	14	#Cintopédia Paciente em uso de drogas cutâneas, relato de dor leve sem outros sintomas. Nenhuma pré-operatória OK. Condição: Sólido linfoma. Uso de drogas
20/05/19	17	4 e 5 pontos BEG, 1 guma de Cd: Aguardo ped. cirurgia Humberto
21/05/19	17	4 e 5 pontos BEG, 1 guma de Cd: Aguardo ped. cirurgia Humberto
22/05/19	14	#Cintopédia Paciente em BEG, com relato de dor leve, sem outros sintomas. Sólido linfoma

Dr. André Lopes Soares
Oncologia e Hematologia
Cirurgia de Transplante Celular
CRM 100457/SP

Dr. André Lopes Soares
Oncologia e Hematologia
Cirurgia de Transplante Celular
CRM 100457/SP

Dr. Lessyha Emilia F. Rabelo

F(NG)ENF.018.1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Shirley (Liliane) Soares BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX diafragma de fêmur (9)
Cirurgião: M. Silva 1º Assistente: Dr. Souza
2º Assistente: Dr. Vaz 3º Assistente: Dr. Mendes
Instrumentador: _____ Anestesiologista: Dr. Cícero
Tipo de Anestesia: Malu Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
1 FX diafragma de fêmur (9)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
1 LAPE 11 fêmur + fratura de fêmur (9)	

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

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

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 23, 05, 11

F(NG).ASCIR.009-1





PACIENTE:	DATA: 23/05/2017		PRONTUÁRIO:	1001344
Joaquim Clementino Barbosa		SEXO:	COR:	IDADE: 12 anos
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		GRUPO SANGÜINEO		
EXAMES COMPLEMENTARES VNP		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
AP. RESPIRATÓRIO Eupneico		AP. CIRCULATÓRIO estável		
AP. DIGESTIVO Normal		ESTADO MENTAL LTB		
PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ESTADO FÍSICO (ASA)		
CIRURGIA REALIZADA		CIRURGIA		
CIRURGIÃO		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 1530		TÉRMINO DA ANESTESIA 1730		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
ANESTESISTA Dr. Gilberto		VALORES RE		
CPF		CRM-PB		

[illegible][illegible]



Receituário Médico



Mrs. Suelio Moreira Torres

Uma substituição

1) Substituição de 15 dias
Captar o sangue na substituição, 1x dia, por 15 dias

Dr. Jéssica Emilia F. Rabello
CRM 104500

Data: 25/05/19

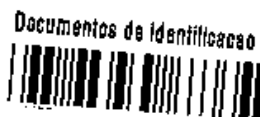
Médico - CRM

FNG.CC.002-1

RECEITUÁRIO Nº 001 Nº 104500/2019 25/05/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DA Paraíba
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
GUARABIRA - PARAÍBA
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mário Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Márcia de Fátima P. Da Costa
ESCREVENTE

NASCIMENTO Nº: 50.564

CERTIFICO que, às fls. 181, do livro nº A-55, do registro do Nascimento, foi
feito o assento de Isaias Clementino Barbosa //
Nascido aos três de fevereiro de 2005.

às 18 horas e 15 minutos, em Maternidade Senhora da Luz
nesta cidade Guarabira do sexo masculino

filho de Severino Cassiano Barbosa

natural de desta cidade

e de Dona Josefa Maria Clementino Terceira

natural do Araçagi PB

Sendo avós paternos João Cassiano Barbosa

e Dona Marina Belarmino Viegas

e avós maternos João José Clementino

e Dona Maria Vicente de Souza

Foi declarante O pai.

Observações: XX XX XX XX
XX X X X X XX
XX XX XX XX

O referido é verdade; dou fé.

Guarabira PB 14 de fevereiro de 2005.

Sebastiana P. da Costa e Souza
REGISTRADORA CIVIL

SERVIDOR: 1105 (PM) R\$ 6747-2017 12:28 254535 1/1



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO

SEVERINO CASCIANO BARBOSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1538 248 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO: 07 DEZ 2005

Nome: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Matrícula: 1538 248 2ª VIA

Localidade: GUARABIRA - PB

Data de Nascimento: 30/01/1971

CPF: 000.000.000-00

Assinatura: Severino Casciano Barbosa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO

SEVERINO CASCIANO BARBOSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1538 248 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO: 07 DEZ 2005

Nome: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Matrícula: 1538 248 2ª VIA

Localidade: GUARABIRA - PB

Data de Nascimento: 30/01/1971

CPF: 000.000.000-00

Assinatura: Severino Casciano Barbosa

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 798.050.944-72

Nome: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Nascimento: 30/01/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
48BF.2574.A4FB.BFDC

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:54:10 do dia 22/12/2015 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 09:48:37

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002128/18
Vítima: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA
CPF: 798.050.944-72

CPF de: Representante

Data do Acidente: 18/05/2017
Titular do CPF: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



SEVERINO CASCIANO BARBOSA : 798.050.944-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2017
Nome: ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA
CPF/CNPJ: 798.050.944-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ISAIAS CLEMENTINO BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 **Seguradora Líder em**
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0491278/17
Vítima: SEVERINO CASCIANO BARBOSA
CPF: 798.050.944-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/05/2017
Titular do CPF: SEVERINO CASCIANO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Boletim de ocorrência Certidão de nascimento Comprovação de ato declaratório Comprovantes de despesas médicas Documentação médico-hospitalar Documentos de identificação Outros	
SEVERINO CASCIANO BARBOSA : 798.050.944-72 Autorização de pagamento Comprovante de residência	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 07/12/2017 Nome: SEVERINO CASCIANO BARBOSA CPF/CNPJ: 798.050.944-72	Data do cadastramento: 21/12/2017 Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA CPF: 158.640.827-59
SEVERINO CASCIANO BARBOSA	ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE (X) DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ISANT LEMENHO BARBOSA

DATA DO ACIDENTE 18.05.17 POSSUI CPF () SIM (X) NÃO

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- (X) CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IMV - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IMV (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMV
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (original)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência de todos os beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IMV) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto a Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Attestado Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto a Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(o), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (nome) SEVERINO CASCIANO BARBOSA

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário (X) Representante Legal - CPF do portador: 79805794478

E-mail: 011174017 Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES 18.05.2017

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento: Atendimento de Corrente - Agência Comercial Matrícula: AC Curitiba - Mat. R-476.653-8
Data: 18/05/2017 Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES

