



Número: **0829440-98.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                         |                   |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| CICERO RAYMUNDO DA SILVA (AUTOR) |                    | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)<br>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)       |                    |                                                                       |                   |
| Documentos                       |                    |                                                                       |                   |
| Id.                              | Data da Assinatura | Documento                                                             | Tipo              |
| 33894<br>301                     | 02/09/2020 12:47   | <a href="#">2747741_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                          | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11455690

A/C: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170426571 ASL-0296431/17  
**Vítima:** CICERO RAYMUNDO DA SILVA  
**Data Acidente:** 22/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00045/00046 - carta\_01



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11455691

A/C: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426571 ASL-0296431/17  
Vítima: CICERO RAYMUNDO DA SILVA  
Data Acidente: 22/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo  
faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01645/01646 - carta\_03



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO RAYMUNDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170426571**  
Vitima: **CICERO RAYMUNDO DA SILVA**  
Data do Acidente: **22/08/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**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 3170426571**.

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 12344115

Pag. 00195/00196 - carta\_16 - INVALIDEZ





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do 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 CICERO RAYMUNDO DA SILVA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.422.248 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 27/09/2004  
 CPF 727.757.264-53 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Amador  
 E RENDA MENSAL DE R\$ ruim NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cicero Raymundo da Silva, 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 reprogranação 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 Lotéticas 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](http://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 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 053392-5

COOPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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.

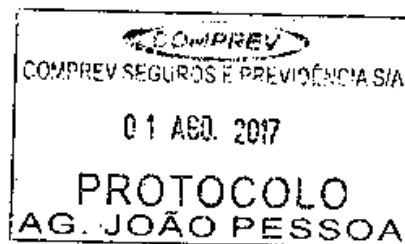
01.08.2017  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Alhandra de Julho de 2017 do Sr. Cicero Raymundo da Silva  
 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00128.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00128.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:45 horas do dia 17 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Cícero Raymundo da Silva**, CPF nº 727.757.264-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Armador, filho(a) de Maria das Dores da Conceição e Severino Raymundo da Silva, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 17/04/1961 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Alfredo de Carvalho, Nº SN, tendo como ponto de referência Próximo a Um Mercadinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99332-8104.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Zona Rural, Alhandra/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/08/16 00:40h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 22/08/16, por volta de 00:40h, quando conduzia a motocicleta de marca DAFRA/TVS APACHE RTR 150, cor vermelha, ano 2010/2011, de placa NWU-0848/MA, chassi nº 95VGF2J2ABM006165, registrada em nome de Elivando Morais Ferreira, pela estrada da Cidade de Alhandra/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do antebraço direito, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira por volta das 14:21h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

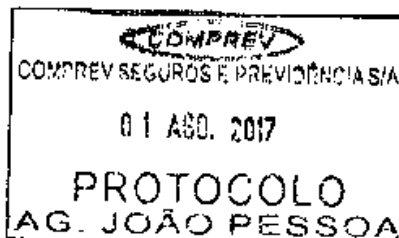
João Pessoa/PB, 17 de janeiro de 2017.



CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão de Polícia

CÍCERO RAYMUNDO DA SILVA  
Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.662-3



Procedimento Policial: 00128.01.2017.1.00.420





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elcio Ramundo da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.422.248 e inscrito no CPF sob o nº 727.751.264-93 residente e domiciliado na Vila Rica, S/N casa - Mata Redonda, Cidade Alhamdra, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

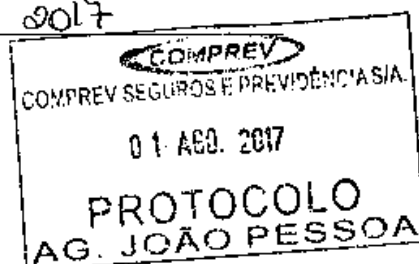
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Elcio Ramundo da Silva

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Alhamdra, 11 julho 2017  
Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

AD56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AN: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

ADOS DO PACIENTE

Nome: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

NS: 203328584690004 Sexo: M IDENTIDADE: 1422248 Fone: 94049130

atual: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 17/04/1961 Id: 55 ano(s)

End.: RUA ALFREDO JOSE DE CARVALHO, SN

Cidade: ALHANDRA UF: PB

Prof.: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

Prof.: SEVERINO RAYMUNDO DA SILVA

Tempoção:

INFORMACOES DE ENTRADA

Re: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 94049130 / IDENTIDADE: 1422248

Procedencia:

Num. de vezes atendido: 1

Num. Procedimento: 2016.08.301961

Fone: 94049130

3246-3486 } IVANETE  
98625.3208 }

Comprovação de ato declaratório



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

FA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

CP: Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem

[ ] Politraumatizado

[ ] Hemorragia

[ ] Diarreia

[ ] Regular

[ ] Vômito

Observação

[ ] Grave

[ ] Convulsão

[ ] Dispneia

[ ] Agitado

[ ] Chocado

Fixa Principal

ACIDENTE DE MOTO, FRATURA NO ANTEBRAÇO.

RAVMA ALTO (M. AMORAL)

Cristina Campos de Araújo  
Téc de Informática  
CPF: 942.578

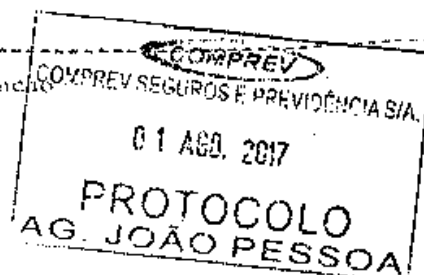
História - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

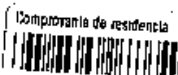
Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laiceno Raimundo da Silva

RG nº 1-422.248, data de expedição 27/09/2004,

Órgão SSP-PB CPF nº 727.757.264-53 venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

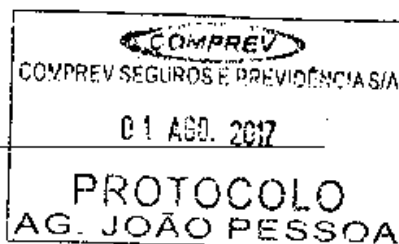
|                                   |                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Vila Rica</u>                         |
| Número                            | <u>514</u>                               |
| Aptº / Complemento                | <u>casa</u>                              |
| Bairro                            | <u>Mata Redonda</u>                      |
| Cidade                            | <u>Alhanoba</u>                          |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                           |
| CEP                               | <u>5832 0000</u>                         |
| Telefone de contato               | <u>83-99105-5363/99342-470/3512-8500</u> |
| E-mail                            | <u>alexanobasarduarte@hotmail.com</u>    |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alhanoba / PB, 11/07 / 2017

Laiceno Raimundo da Silva

Assinatura do Declarante



CIGERO RAIMUNDO DA SILVA  
VIA RICA, S/N - CASA - JATA REDONDA  
ALHANDRA/PB CEP: 68320000 (AG: 8)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 13 - 20 - 323 - 2180  
Nº medidor: 00002584043

Referência: Jun / 2017  
Emissão: 22/08/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Cota Redutora: João Pessoa/PB - CEP 08071-880  
CNPJ 08.056.190/0001-40 Ins. Est. 16.715.824-0

Nota Fiscal/Dota de Energia Elétrica Nº000.872.677  
Código para Dúvida Automática: 000.94.214153

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5426515-3

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2017  
Procure a Prefeitura de sua cidade até 15/12/2017 para atualizar  
seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de  
Energia. Para mais informações ligue para o MDSA-0800 707 2003

22/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura

21/07/2017

CPF/CNPJ RANI

Anterior: Atual: Constante: Consumo: Dias:

7275728453

Data Leitura Data Leitura 22/06/17 17377 22/07/17 17422

Faturas em atraso

Demonstrativo

29/05/2017 35,01

| Descrição        | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh   | 50         | 0,43402 | 21,74       |
| Adc. B. Vermeida |            |         | 0,42        |
| PS               |            |         | 0,24        |
| COPMS            |            |         | 1,11        |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|        |    |
|--------|----|
| Mai/17 | 52 |
| Abr/17 | 58 |
| Mar/17 | 72 |
| Fev/17 | 52 |
| Jan/17 | 55 |
| Dez/16 | 54 |
| Nov/16 | 80 |
| Out/16 | 73 |
| Set/16 | 76 |
| Ago/16 | 58 |
| Jul/16 | 55 |
| Jun/16 | 52 |

Média dos últimos meses  
50

|       | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|-------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS  | 0,00            | 0,00     | 0,00      |
| PS    | 23,51           | 1,0319   | 0,24      |
| COPMS | 72,61           | 4,3426   | 1,11      |

VENCIMENTO 29/08/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,51

489a.7e51.8c65.5fc9.2d36.3068.0743.252f

Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Acurado | Limite de tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DI MENSAL        | 6,27    | NOMINAL              |
| DI TRIMESTRAL    | 12,54   |                      |
| DI ANUAL         | 25,09   |                      |
| FI MENSAL        | 3,87    | CONTRATADA           |
| FI TRIMESTRAL    | 1,55    | LIMITE SUPERIOR      |
| FI ANUAL         | 14,70   |                      |
| QVSC             | 3,71    |                      |
| QVSC             | 12,22   |                      |

| Descrição                    | Valor (R\$) | %      |
|------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia | 8,52        | 36,24  |
| Geração de Energia           | 0,97        | 4,14   |
| Benefício do Tarifa Social   | 0,59        | 2,51   |
| Energia Solar                | 3,08        | 13,10  |
| Imposto de Consumo e Energia | 1,25        | 5,34   |
| Outros Serviços              | 0,00        | 0,00   |
| Total                        | 23,51       | 100,00 |

Valor de BUSE (Ref. 4/2017) R\$ 12,89

ATENÇÃO

RELAÇÃO DE VENCIMENTO: Caso (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MM) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NN) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YY) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 13 - 20 - 323 - 2180  
Matrícula: 428515-2017-06-2

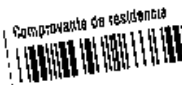
29/06/2017

R\$ 23,51

83630000000-4 23510054000-6 04285152017-5 06200200019-8



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
01 AGO. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV MARIA ROSA, 53  
MANAIRA  
JOÃO PESSOA PB

Código  
9871013314867  
CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Vencimento: 25/07/2017  
Valor: 289,71  
Forma de Pagamento:  
boleto bancário

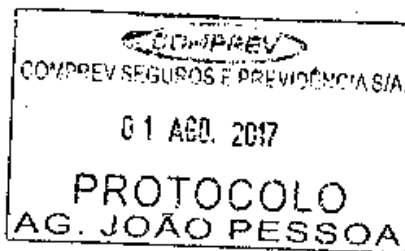
PARA A FATURA DEBITO AUTOMATICO EM DIVIDAS, ACESSAR WWW.NETCOMBO.COM.BR

**Importante:**

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. ACESSAR no site: www.netcombo.com.br  
NET > Minha Assinatura.  
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET Combo ocorre durante o período de permanência mínimo estabelecido e sujeito à cobrança de multa contratual.

| Minha NET                                                    | Descrição       | Valor  |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CBO NET LAMX HD CONF R/D | NET TV          | 144,90 |
| <input checked="" type="checkbox"/> COMBO VERTUA COM F/D     | NET Fone        | 65,48  |
| <input checked="" type="checkbox"/> FONE LAM LCCA            | Itens Eventuais | 79,33  |

Valor Total  
289,71





## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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>.

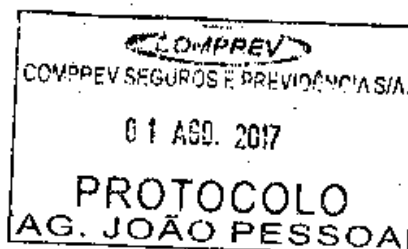
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Reicero Raimundo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Reicero Raimundo da Silva e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte  
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





**FATURADO**

Documentação médico-hospitalar

MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



*[Handwritten signature]*

# Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

Promtuario *Es*  
Enviado 26.10.16

## PRONTUÁRIO

SISREG  
INTERNAÇÃO EM  
22/08/16  
VISTO *[Handwritten signature]*

Nº: 2016.08.1881

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
01 AGO. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO PACIENTE:

Cicero Raymundo da Silva

ENFERMARIA: 01 LEITO: 03  
*AN- Exto*





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Nome: <u>Cícero Raymundo de Silva</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Data da Admissão: <u>22/08/16</u>           |  |
| Prontuário: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ |  |
| Nome da Mãe: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Bairro: _____                               |  |
| Endereço: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Profissão: _____                            |  |
| Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Religião: _____                             |  |
| Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Data de Nascimento: <u>1/1</u>              |  |
| Escolaridade: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Data de Nascimento: <u>1/1</u>              |  |
| QPD: <u>Dor e desconforto abdominal</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                             |  |
| HDA: <u>Não há dor no abdômen, porém há desconforto abdominal</u>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             |  |
| Orientador: <u>Dr. Roney</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |  |
| Medicações em uso: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | COMPROV. SEGUROS E RESCISÃO S/A             |  |
| Interrogatório Sintomatológico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 01 AGO. 2017                                |  |
| Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____                                                                                                                                                                                    |  | PROTOCOLO                                   |  |
| Pele: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | AG. JOÃO RESSOA                             |  |
| Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia [ ] Audição: _____ Visão: _____                                                                                                                                                      |  | [ ] Prisão [ ] Sudorese                     |  |
| AR e ACV: [ ] Dor [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema [ ] Outros: _____                                                                                                                                                                                              |  | [ ] Prisão [ ] Sudorese                     |  |
| ABD: [ ] Dor [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____ |  | [ ] Prisão [ ] Sudorese                     |  |
| SME: [ ] Dor [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor                                                                        |  | [ ] Prisão [ ] Sudorese                     |  |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura crânio anteroposterior @*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condução: *Intervenção pl. Neurocirúrgica*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
01 AGO. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Comunidade de Mangabeira  
**MANGABEIRA**  
GOV. CARVALHO FILHO

MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## SOLICITAÇÃO DE PARECER

Dr. Daniel Braga Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 9248 PB

Médico Requerente

Especialidade Solicitada

*Cardiologia*

Data e Hora:

*22/08/16*

Avaliação: Rotineira ( ) Urgência ( )

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome

*Cicero Raymundo da Silva*

Idade

Seror Urgência ( )  
Enfermaria ( )

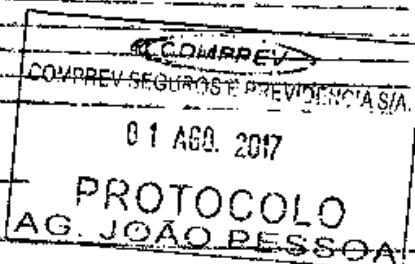
Isolamento ( )  
UTI ( )

Leito

## RESUMO - JUSTIFICATIVA

*Paciente em tratamento*

Dr. Daniel Braga Cavalcante  
MÉDICO  
Assinatura PB



## PARECER DO ESPECIALISTA

ECG

*23/08/16 por 170/90, PCR 21, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 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*

Assinatura

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Wagner Berto Targino Filho  
Carimato e Assinatura  
Data 09/09





## JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

### BLOCO CIRÚRGICO

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| DATA: 13/09/16                       | HORA: 18:30h |
| PACIENTE: Cícera Raimundo da Silva   |              |
| FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM ( ) | NÃO (X)      |
| ENFERMARIA:                          | LEITO:       |

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO ( assinar e carimbar)

Cirurgia suspensa devido o  
avanzar da hora. Durante o dia  
não tivemos sala própria e nem  
fundeira. Terminamos agora a  
última cirurgia.

Dr. Frederico ...  
CRM 10018  
RUA ... 10018

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
01 AGO. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA DIREÇÃO TÉCNICA

3ª VIA COORD. SUPORTE À VIDA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

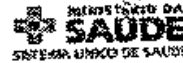




## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                             |              |                      |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----|
| NOME                                                                                                                                                                                                        |              | PRONTUÁRIO           |     |
| SEXO                                                                                                                                                                                                        | IDADE        | UF                   | CID |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                            | DATA DE ALTA | TEMPO DE PERMANÊNCIA |     |
| DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                         |              |                      |     |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                                                                                                                                                                                      |              |                      |     |
| EXAMES DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                         |              |                      |     |
| EXAMES EXAMES                                                                                                                                                                                               |              |                      |     |
| PROCEDIMENTO REALIZADO                                                                                                                                                                                      |              |                      |     |
| TRATAMENTO MEDICAMENTOSO                                                                                                                                                                                    |              |                      |     |
| EXATONA PATOLÓGICA                                                                                                                                                                                          |              |                      |     |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                     |              |                      |     |
| RESULTADO BACTERIOLÓGICO                                                                                                                                                                                    |              |                      |     |
| EVOLUÇÃO DE ALTA <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO                      |              |                      |     |
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                                                                                              |              |                      |     |
| HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES                                                                                                                                                               |              |                      |     |
| DIETA:                                                                                                                                                                                                      |              |                      |     |
| REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias                                                                                                                                                                       |              |                      |     |
| Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias                                                                                                                                                         |              |                      |     |
| Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 60 dias                                                                                                                     |              |                      |     |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. |              |                      |     |
| MEDICAÇÕES PARA CASA:                                                                                                                                                                                       |              |                      |     |
| RETORNO Ao posto de saúde em 16/9/16 para retirada de pontos.                                                                                                                                               |              |                      |     |
| Ao Ambulatório do em 30 dias para revisão.                                                                                                                                                                  |              |                      |     |
| DATA 16/9/16                                                                                                                                                                                                |              |                      |     |
| ASS. MÉDICO / CRM                                                                                                                                                                                           |              |                      |     |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar                                                                                                                                           |              |                      |     |
| Para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO                                                                                                                                                            |              |                      |     |
| TRABA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.                                                                                                                                                                           |              |                      |     |





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                        |              |                    |         |
|------------------------|--------------|--------------------|---------|
| NOME                   |              | PRONTUÁRIO Nº      |         |
| IDADE                  | SEXO         | COR                | CLÍNICA |
| DATA DE ADMISSÃO       | DATA DE ALTA | TEMPO DE PRESENCIA |         |
| DIAGNÓSTICO INICIAL    |              | CID                |         |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO |              |                    |         |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS    |              |                    |         |

### PRINCIPAIS EXAMES

### PROCEDIMENTO REALIZADO

### TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

### ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO COLTA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

### RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

### RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

### DIETA: ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias  
Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 60 dias  
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "bolacha" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.  
MEDICAÇÕES PARA CASA: 1 comprimido de Paracetamol 3x ao dia

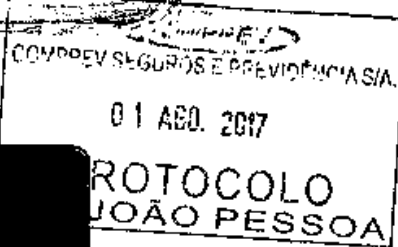
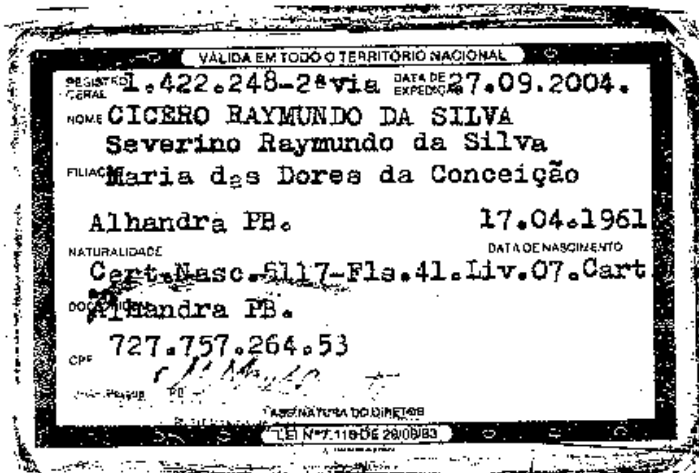
RETORNO Ao posto de saúde em 16/09/16 para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do em 30 dias para revisão.

DATA

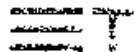
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.









ALEXANDRA CESAR DUARTE

AV MARIA ROSA, 58  
MANAIRA  
JOAO PESSOA PB

Código  
907/013314867  
CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Vencimento:  
25/07/2017  
Valor:  
289,71  
Forma de Pagamento:  
boleto bancário

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE [WWW.NETCOMBO.COM.BR](http://WWW.NETCOMBO.COM.BR)

001/001

**Importante:**

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesse [net.com.br](http://net.com.br), opção Minha NET > Minha Assinatura.  
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha NET:

- ☒ CBO NET MIX HD CONF FID
- ☒ COMBO VIRTUA 60M FID
- ☒ FONE LIM LOCAL

descrição

|                                           |        |
|-------------------------------------------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> NET TV   | 144,90 |
| <input checked="" type="radio"/> NET Fone | 65,48  |
| Itens Eventuais                           | 79,33  |

Valor Total  
289,71

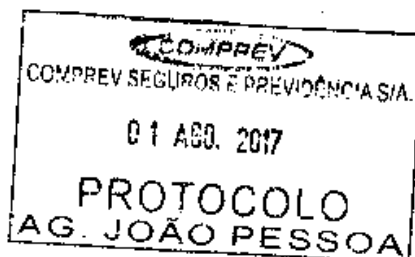


EUCICENA RAYMUNDO DA SILVA RG=1.422.248 CPF=727.757.  
264-53

Declaro para os devidos efeitos que sou proprietário e condutor da  
moto, de marca DAFRA/TVS Apache 150, cor vermelha, ano  
2010/2011, de placa: NWU-0848/MA, Chassi No 95 VGF 292 FDM006  
165, em nome de Elivando Matias Fereira, porém eu não conheço  
só proprietário da mesma desde 2016 nunca tive em contato com o  
proprietário a qual a moto está no nome que ainda não foi  
passada por meu nome, desta forma venho solicitar a marcação  
da minha pericia



João Pessoa, 11/Julho/2017



## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Raimundo Raimundo da Silva  
brasileiro, solteiro Armador portador do RG de Nº  
1.422.248 e CPF de Nº 727.757-264-53 vítima de acidente de  
transito dia 22/08/16 no veículo moto de placa  
NWU-0848/M onde eu era Condutor de propriedade  
de Roberto Morais Ferreira VENHO aqui informar  
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por  
um destes motivos abaixo marcado.

( ) o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE  
VEÍCULO

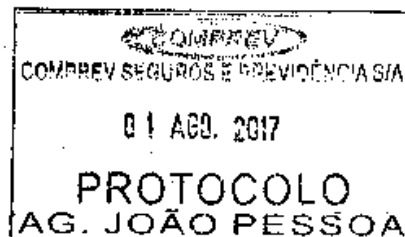
( ☒ ) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à  
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do  
meu processo de DPVAT Insuficiência, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

Raimundo Raimundo da Silva

DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Alhandra - 11 de Julho de 201 17



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296431/17  
Vítima: CICERO RAYMUNDO DA SILVA  
CPF: 727.757.264-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/08/2016  
Titular do CPF: CICERO RAYMUNDO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 145/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### CICERO RAYMUNDO DA SILVA : 727.757.264-53

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 do acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 01/08/2017  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2017  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Cícero Raimundo da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
agricultor, CI RG nº 1.422.248-2 SSP-PB  
CPF/MF nº 727.757.264-53, residente e domiciliado(a) à Rua  
Vila Juca S/N - Casa - Mata Redonda,  
Cidade de Alhandra, Estado  
Paraíba, CEP: 5832 0000, telefone,  
83-9342-1170, 83-3542-8500.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,  
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO  
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações  
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar  
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias  
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de  
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

01 ABR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Alhandra, 11 de Julho de 20 17.

Car.

Cícero Raimundo da Silva

OUTO

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código UNJ 08.870-0  
R. Padre Manoel da Costa, 115 - Centro - João Pessoa - PB 58010-000 - Tel. (33) 324.9111 - Fax (33) 324.9112

Reconheço por autenticidade a assinatura de **CÍCERO RAYMUNDO DA SILVA**  
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.  
João Pessoa, 11 de Julho de 2017.  
Em Teles de Veredas

**MARCELO TIMÓTEO DE OLIVEIRA** - Escrevente (Ord. 1: Total R\$ 11,61)  
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B - AFJ44568-2867  
Controle de validade do selo em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

