

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180556140**

Vítima: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Data do Acidente: **13/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556140**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13651430





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180556140 **Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Data do Acidente: 13/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

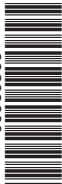
Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 668.126.907-91	Nome completo da vítima Edúzio Borges da Silva
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edúzio Borges da Silva	CPF titular da conta 668.126.907-91	Profissão Aposentado
Endereço José Gomes Ferreira	Número 51N	Complemento
Bairro Centro	Cidade Mogi Guaçu	Estado PB
Email	CEP 58375000	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ		BANCO Nome	
6824		Itaú	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ		CONTA NRQ	
09435		341	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa 22 de novembro de 2018
Local e Data

X Edúzio Borges da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02215.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02215.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 16 de novembro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edrizio Borges da Silva**, CPF nº 668.126.907-91, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria José da Silva e Pai Não Declarado, natural de Mogeiro/PB, nascido(a) em 16/12/1963 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) José Gomes Ferreira, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Pedrinho da Cruz, na cidade de Mogeiro/PB, telefone(s) para contato (83) 98193-4128.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 408, Mogeiro de Baixo, Mogeiro/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/06/18 13:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: QFY 9007/PB, chassi nº 9C2KD0810HR400436, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo conduzia normalmente o seu veículo quando a mesma veio a derrapar e cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido por terceiro para a Unidade Móvel de Urgência da cidade de Mogeiro e encaminhado para complexo Hospitalar de Mangabeira através do SAMU -conforme certidão nº 1485/2018, datado de 17/10/2018, assinado pela médica Dr.ª Rosângela Medeiros Escorel Almeida-CRM-PB 3883; QUE não quer representar criminalmente

ADENDO(S):

Que na data 16/11/2018, à(s) 09:57 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: DATA DE NASCIMENTO DO NOTIFICANTE, ONDE SE LER 16/12/1963, É PARA SE LER 17/12/1963.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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





João Pessoa/PB, 16 de novembro de 2018.

JOSÉ SÁULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

EDRIZIO BORGES DA SILVA
Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Edizinha Borges da Silva</i>	CPF da Vítima <i>668.126.907-91</i>	Data do Acidente <i>13/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

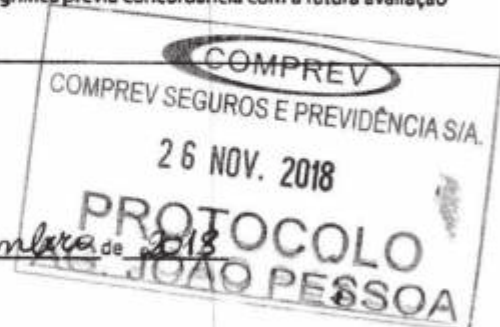
Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 26 de novembro de 2018
Local e Data



X: Edizinha Borges da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGEIRO - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE MOGEIRO
CNPJ: 10.664.047/0001 - 03 FONE: 83 32661201

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - UNIDADE MISTA DE SAÚDE
MOGEIRO - PB

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para todos os fins de direito, que na data de 13 / 06 / 2018, fomos acionados para atender o Sr. (a) Edúzio Borges da Silva, vítima de acidente de trânsito, oportunidade em que dirigia uma moto na cidade de Mogiano, e ao chegar no local, o paciente se encontrava na unidade mista de saúde, consciente, acutado, alcoolizado, com suspeita de fratura em tíbia esquerda (com edema e deformidade). Realizado imobilização MIE, Sinalise, e removido o paciente para o ortotrauma em São Lucas. ID: 2102109, Hora: 13:15 min.
(descrever de forma minuciosa as condições em que se deu o atendimento, indicando, se for o caso, a ocorrência de transporte para hospital, óbito, etc.)

DECLARAMOS, por último, que estamos cientes das penalidades contidas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.



Adriana Correia de Oliveira
COORD. DO SAMU
USP-60
MAG 20162197

Adriana Correia de Oliveira
COORDENADORA DO SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SECRETARIA DE
SAÚDE
de MOGEIRO
Gente cuidando da Gente

CHAMADA (Telefonista)	Nº <u>2002109</u>	DATA: <u>430618</u>	HORA: <u>13</u> h <u>15</u> min.
	Médico(a) Regulador(a) Dr.(a) <u>Juliana</u>		CRM:
	MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO* ☐ OUTRO*		
Solicitante:		Telefone:	
Município de Origem: <u>Mogi Mirim</u>			

SOCORRO (Téc. em Regulação)	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE	OBSERVAÇÕES
	☒ TRAUMÁTICO	<u>fratura de tibia</u>	Nº de Vítimas? <u>01</u>
	☐ CASO CLÍNICO		Há quanto tempo?
	☐ OBSTÉTRICO		IG
☐ PSIQUIÁTRICO			

PACIENTE (Téc. em Regulação)	Nome Completo <u>Edineia Borges da Silva</u>	☒ Masc. ☐ Fem.	Anos <u>54</u>
	Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, Nº, APT., Bairro, Ponto de referência) <u>Unidade mista - Mogi Mirim</u>		
	Nº do Documento	Nº do Cartão do SUS se houver	

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Médico Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA			
	☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Outros _____	☒ Espontânea ☐ Superficial ☐ Irregular ☐ Não Respira ☐ Não Sabe	☒ SIM ☒ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem Pulso ☐ Não Sabe	☐ Ouvido ☐ Nariz/Boca ☐ Vaginal ☐ Hematêmese ☐ Grande ☐ Outro _____	☐ Abdominal ☐ Cefaléia ☐ Torácica ou Abdominal em idoso ☐ Outro _____			
	TRABALHO DE PARTO	TRAUMA						
	☐ 01 Contração / 10 min. ☐ 1 - 3 Contração / 10 min. ☐ 3 - 5 Contração / 10 min. ☐ Não Sabe ☐ Bolsa Róta ☐ Sangramento ☐ Nascimento	☐ Atropelamento ☐ Acidente Ciclístico ☐ Acidente Motociclista ☐ Acidente Automobilístico ☐ Outros <u>Queda de moto</u> ☐ Queda da própria altura ☐ Queda de Altura Inf. a 4 m ☐ Queda de Altura sup. a 4 m ☐ Explosão ☐ PAB ☐ PAF ☐ Capotamento ☐ Encarceramento ☐ Queimaduras						
	GRAVIDADE PRESUMIDA	☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA						
TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	☐ USA	☐ USB	☐ UT	☐ RÁPIDO			
	HORÁRIOS	Comunicação	Partida	Local	Partida do Local	Destino	Retorno	Base / Sem
	EQUIPE	Médico(a) <u>Salvina</u>		Enfermeiro(a)		Téc. de Enfermagem		Condução
APOIO SOLICITADO	☐ Corpo de Bombeiros		☐ Polícia Militar		☐ Defesa Civil			
	☐ CPTRAN		☐ Polícia Civil		☐ INFRAERO			
	☐ STTRANS		☐ Pol. Rod. Federal		☐ IML			
INCIDENTE	☐ Cancelado		☐ Recusou Remoção		☐ Outros _____			
	☐ Recusou Atendimento		☐ Óbito no Local					
	☐ Não se Encontra no Local		☐ Óbito no Transporte					

AValiação no Local da Ocorrência
(No cenário do Acidente)

ACIDENTE DE TRABALHO		SIM ☐	NÃO ☐	SUSPEITO ☐
☐ Acidente com Automóvel	☐ Uso do Cinto	☐ Agressão Física	☐ Vítima Projetada	
☐ Capotamento	☐ Não	☐ Fer. P/ Arma Branca	☐ Encarceramento	
☐ Colisão	☐ Ignorado	☐ Fer. P/ Arma de Fogo	☐ Afogamento	
☐ Motorista	☐ Acidente com moto	☐ Espancamento	☐ Outros _____	
☐ Atropelamento	☐ Com Capacete	☐ Outros _____		
☐ "Air Bag"	☐ Sem Capacete	☐ Queimadura Agente ?		
☐ Passageiro	☐ Queda	☐ Fogo		
☐ Banco Dianteiro	☐ Altura Aprox. _____	☐ Outro _____		
☐ Banco Traseiro				

AValiação Inicial

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
☐ Dispnéia	☐ M. V. Diminuído _____	☐ Bradicário	☐ A V D N
☐ Bradipnéia	☐ M. V. Ausente	☐ Taquicárdio	☐ Miose
☐ Traquipnéia	☐ Hipertimpanismo	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Resp. Ruidosa	☐ Macicez	☐ Perfusão Periférica ≥ 2	☐ Anisocoria _____
☐ Obstruída	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ Ausente
☐ Apnéia			☐ Otorrêia _____
☐ Outro _____			☐ Otorragia _____
			☐ Rinórréia _____
			☐ Rinórragia _____

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	PA mm/hg	FC mm/hg	FR Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	ECG	APGAR
INÍCIO	110/70	78	18	96	-	168	-	-
FIM	-	-	-	-	-	-	-	-

AValiação Secundária

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME
☐ Normocorada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão
☐ Quente	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Hipocorada	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Lacerações	☐ Hematomas	☐ Tórax Instável	☐ Distendido
☐ Úmida	☐ Abaulamento	☐ Ferimento Ocular	☐ Desvio de Traquéia	☐ Resp. Paradoxal	☐ Em tábua
☐ Seca	☐ Fer. Penetrante		☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Tamponamento	☐ Doloroso
☐ Cianótica					☐ Evisceração

PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
☐ Contusão	☐ Contusão _____	☐ Contusão _____
☐ Escoriações		☐ Escoriações _____
☐ Lacerações	☐ Hematoma _____	☐ Lacerações _____
☐ Dor	☐ Dor _____	☐ Luxação _____
☐ Instabilidade		

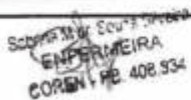
AValiação Cardíaca	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ Ritmo Sinusal	☐ Respiratória	☐ Diabetes
☐ Taquicardia	☐ Neurológica	☐ Cardiopatia
☐ Flutter	☐ Psiquiátrica	☐ HAS
☐ Braquicardia	☐ Metabólica	☐ Alergias
☐ Fibrilação Átria	☐ Córdiovascular	☐ Outros
☐ Fibrilação Ventricular	☐ Digestiva	☐ Medicamentos em uso _____
☐ Assistolia	☐ Infeciosa	
	☐ Obstétrica	
	☐ Pediátrica	
	☐ Outra _____	

GRAVIDADE	☐ ILESO	☐ PEQUENA	☐ MÉDIA
COMPROVADA	☐ SEVERA	☐ MORTE	☐ INDETERMINADA

AValiação no Local da Ocorrência
(Na Vítima)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

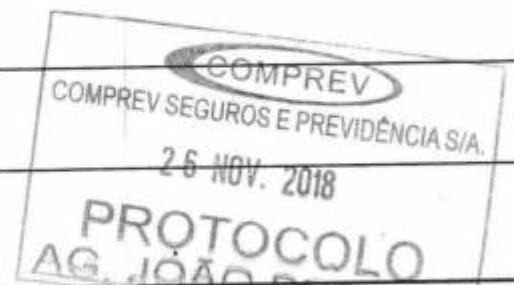
Fratura Fechada Tibia
Fratura Exposta Esquela de deform
Amputação

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ Oxigênio ☐ Aspiração de Vias Aéreas ☐ Cânula Nasal / Orofaringeana ☐ Entubação Traqueal ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Cricotireoidostomia ☐ Punção Venosa ☐ Dissecção Venosa ☐ Traqueostomia ☐ Toracocentese ☒ Acesso Venoso ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ Intra-Ósseo ☐ Ventilação ☐ Monitorização ☐ Cardioversão ☐ Curativo Compressivo ☐ Colar Cervical ☐ KED ☒ Imobilização <u>tubo esôfago</u> ☐ Parto ☐ Outros					
TERAPÊUTICA INSTITUÍDA	REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	HORÁRIO
	RINER LACTATO	500 ml	-	-	EV	13:40
	SOL. FISIOLÓGICO 0,9%					
	SOL. GLICOSADO 0,5%					
	OUTRO					
DESTINO DO(A) PACIENTE	☐ ISEA ☐ FAP ☐ CLIPSI ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ UPA ☐ HOSP. DA CRIANÇA ☐ HOSP. ANTÔNIO TARGINO ☐ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA ☐ HOSP. JOÃO XXIII ☐ HOSP. PEDRO I ☐ HOSP. DR. MAIA ☒ OUTRO <u>Centro de Trauma</u> <i>Ana Virginia L. da Costa</i> <i>Cirurgia Geral</i> ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)					
PERTENCES DO PACIENTE	Descrição: _____					
	Nome do Receptor: _____					
	Função do Receptor: _____					
	Assinatura do Receptor: _____					
TERMO DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU / Mogeiro - PB nesta oportunidade:					
	Assinatura do paciente responsável _____ PB _____					
EQUIPE	<u>Tiago</u> (conductor) MÉDICO-DA VIATURA			 ENFERMAGEM		

EVOLUÇÃO CLÍNICA E TRAUMATOLÓGICA

Paciente vítima de queda de moto, encontrada na
 unidade: moto local, consciente, mutilado, estabilizado,
 sem suspeita de fratura vertebral esquerda (adoma
 e deformidade). Realizada imobilização de membro
 inferior esquerda, curativo (equipe da UH) e
 foi a unidade para o traumatismo - J.P.

Sabrina M. de Souza Ribeiro
 ENFERMEIRA
 COREN-PR 408.534



ESCALA DE COMA GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
ABERTURA OCULAR	ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (semif)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10-24	4	
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3		25-35	3	
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2		≥36	2	
MELHOR RESPOSTA ORAL	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1	PRESSÃO SISTÓLICA (MOV. / MIN.)	01-09	1	
	Orientado	Balbucia	5		0	5	
	Confuso	Choro Irritado	4		>90	4	
	Palavras Inapropriadas	Choro a dor	3		70-89	3	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Sons ou Gemidos	Gemido a Dor	2	ESCALA GLASGOW	50-59	2	
	Nenhum	Nenhum	1		01-49	1	
	Obedece Solicitações	Movimentos Espontâneos	6		0	6	
	Localizar Dor	Retira ao Toque	5		14 a 15	5	
	Flexão Normal	Retira a Dor	4		11 a 13	4	
	Flexão Anormal	Flexão Normal	3		8 a 10	3	
					5 a 7	2	
					3 a 4	1	
ESCALA DE COMA GLASGOW			15	ESCORE TRAUMA			

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDRIZIO BORGES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06824

CONTA: 000000009435-0

Autenticação:

47C40D1BEB22590A32F86947B5D49C45AFF5320C25562F4E5C271C4D3A22EF5F



1994年12月25日，第10次全体会议，第10次全体会议，第10次全体会议

1999年12月1日，中国加入世界贸易组织（WTO），成为其第143个成员。这一事件对中国汽车工业产生了深远影响。加入WTO后，中国汽车市场将全面开放，外国汽车制造商将能够直接进入中国市场，这将给中国汽车工业带来巨大的挑战。但同时，加入WTO也将为中国汽车工业提供更多的机遇，包括引进先进的技术和管理经验，提高中国汽车工业的竞争力。

1997年12月1日

14222449 16 15743 207911225354

4977. *Scutiger, 1911* (1911) *Ann. Entomol. Soc. Amer.* 4: 266, fig. 10.

2014年12月12日 星期六

Long Form: <http://www.census.gov/hhes/longform>

Call your E-4B Automaker 800-468-3587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPT/CNPJ/RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------

Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224.45
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
Demonstrativo									
00	Sevago	Unidade Tardia		Valor Base 24h	Alg. Consumo Base 24h	Base 24h	Base 24h	Base 24h	Base 24h
				Tarifa Tardia	Tarifa 24h	Tarifa 24h	Tarifa 24h	Tarifa 24h	Tarifa 24h
001	Consumo kWh	220005 000000	180,45	180,45	24	45,11	180,45	1,70	7,98
002	Adic B Energia		4,73	4,73	24	1,18	4,73	0,04	0,00
003	Adic B Ampia		2,00	2,00	24	0,65	2,00	0,01	0,00
UNICAMENTE SERVIÇOS									
004	CONTRIBUIÇÃO FISCAL		11,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018		R\$ 198,62

Jan/17	Febr/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17
23	44	25	4	105	22	22	13	26	192

PI S/US\$ 40 = 1500

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade			Fórmula de Cálculo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
1. Tensão	100	220	1. Tensão	200	100
2. Tensão	100	220	2. Tensão	200	100
3. Tensão	100	220	3. Tensão	200	100
4. Tensão	100	220	4. Tensão	200	100
5. Tensão	100	220	5. Tensão	200	100
6. Tensão	100	220	6. Tensão	200	100
7. Tensão	100	220	7. Tensão	200	100
8. Tensão	100	220	8. Tensão	200	100
9. Tensão	100	220	9. Tensão	200	100
10. Tensão	100	220	10. Tensão	200	100
11. Tensão	100	220	11. Tensão	200	100
12. Tensão	100	220	12. Tensão	200	100
13. Tensão	100	220	13. Tensão	200	100
14. Tensão	100	220	14. Tensão	200	100
15. Tensão	100	220	15. Tensão	200	100
16. Tensão	100	220	16. Tensão	200	100
17. Tensão	100	220	17. Tensão	200	100
18. Tensão	100	220	18. Tensão	200	100
19. Tensão	100	220	19. Tensão	200	100
20. Tensão	100	220	20. Tensão	200	100
21. Tensão	100	220	21. Tensão	200	100
22. Tensão	100	220	22. Tensão	200	100
23. Tensão	100	220	23. Tensão	200	100
24. Tensão	100	220	24. Tensão	200	100
25. Tensão	100	220	25. Tensão	200	100
26. Tensão	100	220	26. Tensão	200	100
27. Tensão	100	220	27. Tensão	200	100
28. Tensão	100	220	28. Tensão	200	100
29. Tensão	100	220	29. Tensão	200	100
30. Tensão	100	220	30. Tensão	200	100
31. Tensão	100	220	31. Tensão	200	100
32. Tensão	100	220	32. Tensão	200	100
33. Tensão	100	220	33. Tensão	200	100
34. Tensão	100	220	34. Tensão	200	100
35. Tensão	100	220	35. Tensão	200	100
36. Tensão	100	220	36. Tensão	200	100
37. Tensão	100	220	37. Tensão	200	100
38. Tensão	100	220	38. Tensão	200	100
39. Tensão	100	220	39. Tensão	200	100
40. Tensão	100	220	40. Tensão	200	100
41. Tensão	100	220	41. Tensão	200	100
42. Tensão	100	220	42. Tensão	200	100
43. Tensão	100	220	43. Tensão	200	100
44. Tensão	100	220	44. Tensão	200	100
45. Tensão	100	220	45. Tensão	200	100
46. Tensão	100	220	46. Tensão	200	100
47. Tensão	100	220	47. Tensão	200	100
48. Tensão	100	220	48. Tensão	200	100
49. Tensão	100	220	49. Tensão	200	100
50. Tensão	100	220	50. Tensão	200	100
51. Tensão	100	220	51. Tensão	200	100
52. Tensão	100	220	52. Tensão	200	100
53. Tensão	100	220	53. Tensão	200	100
54. Tensão	100	220	54. Tensão	200	100
55. Tensão	100	220	55. Tensão	200	100
56. Tensão	100	220	56. Tensão	200	100
57. Tensão	100	220	57. Tensão	200	100
58. Tensão	100	220	58. Tensão	200	100
59. Tensão	100	220	59. Tensão	200	100
60. Tensão	100	220	60. Tensão	200	100
61. Tensão	100	220	61. Tensão	200	100
62. Tensão	100	220	62. Tensão	200	100
63. Tensão	100	220	63. Tensão	200	100
64. Tensão	100	220	64. Tensão	200	100
65. Tensão	100	220	65. Tensão	200	100
66. Tensão	100	220	66. Tensão	200	100
67. Tensão	100	220	67. Tensão	200	100
68. Tensão	100	220	68. Tensão	200	100
69. Tensão	100	220	69. Tensão	200	100
70. Tensão	100	220	70. Tensão	200	100
71. Tensão	100	220	71. Tensão	200	100
72. Tensão	100	220	72. Tensão	200	100
73. Tensão	100	220	73. Tensão	200	100
74. Tensão	100	220	74. Tensão	200	100
75. Tensão	100	220	75. Tensão	200	100
76. Tensão	100	220	76. Tensão	200	100
77. Tensão	100	220	77. Tensão	200	100
78. Tensão	100	220	78. Tensão	200	100
79. Tensão	100	220	79. Tensão	200	100
80. Tensão	100	220	80. Tensão	200	100
81. Tensão	100	220	81. Tensão	200	100
82. Tensão	100	220	82. Tensão	200	100
83. Tensão	100	220	83. Tensão	200	100
84. Tensão	100	220	84. Tensão	200	100
85. Tensão	100	220	85. Tensão	200	100
86. Tensão	100	220	86. Tensão	200	100
87. Tensão	100	220	87. Tensão	200	100
88. Tensão	100	220	88. Tensão	200	100
89. Tensão	100	220	89. Tensão	200	100
90. Tensão	100	220	90. Tensão	200	100
91. Tensão	100	220	91. Tensão	200	100
92. Tensão	100	220	92. Tensão	200	100
93. Tensão	100	220	93. Tensão	200	100
94. Tensão	100	220	94. Tensão	200	100
95. Tensão	100	220	95. Tensão	200	100
96. Tensão	100	220	96. Tensão	200	100
97. Tensão	100	220	97. Tensão	200	100
98. Tensão	100	220	98. Tensão	200	100
99. Tensão	100	220	99. Tensão	200	100
100. Tensão	100	220	100. Tensão	200	100
Total			100.00	100.00	100.00

ATENÇÃO

1. 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268, 3270, 3272, 3274, 3276, 3278, 3280, 3282, 3284, 3286, 3288, 3290, 3292, 3294, 3296, 3298, 3300, 3302, 3304, 3306, 3308, 3310, 3312, 3314, 3316, 3318, 3320, 3322, 3324, 3326, 3328, 3330, 3332, 3334, 3336, 3338, 3340, 3342, 3344, 3346, 3348, 3350, 3352, 3354, 3356, 3358, 3360,


 中国出版集团
 中国出版传媒股份有限公司
 中国出版集团
 中国出版传媒股份有限公司

[illegible]
$$f_2(x) = 2x^2 - 4x + 4$$

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

28/11/2018 R\$ 198.62

83640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



Páteras em atraso **COMPREV**
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 26 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

2010年12月10日 星期五

doi:10.1017/S0022292412001467 Printed in the United Kingdom

14221449 16 15793 207611225354

www.pearsoned.com/uk/academic

2010年12月11日 星期六

Large Format Color and B&W Plates \$79.95 up \$90

Chiamate il 167 o al numero verde 800 16983587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPT/CNPJ/RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------

Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224.45
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

[illegible]

Media últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	-------------	---------------

28/11/2018

RS 198.62

28/11/2018
Historico de Consumo (kWh)

31	23	44	25	4	105	22	229	12	205	182	224
----	----	----	----	---	-----	----	-----	----	-----	-----	-----

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

[illegible]

ATENÇÃO

1. <http://www.ck12.org>

 中国质量工程学会
 中国质量工程学会

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

程子華、陳國治、陳國治、陳國治、陳國治

4. 2008年12月1日，甲公司以公允价值为1000万元的固定资产换入乙公司公允价值为800万元的固定资产，另支付补价200万元。假定不考虑其他因素，甲公司换入固定资产的入账价值为（ ）万元。

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



Pámulas em atraso **COMPREV**
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 26 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046503754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edizuo Borges da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 668326907 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez / Dano da Vítima Edizuo Borges da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 668326907 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	R. Agente Fical <u>João B. Duarte</u>		Número	557	
Bairro	<u>Changabeira</u>		Cidade	<u>João Pessoa</u>	
Email			Estado	<u>PB</u>	
			CEP	<u>58096-384</u>	
			Telefone comercial(DDD)		
			Telefone celular (DDD)		

João Pessoa, 30 de Dezembro de 2018

Local e Data

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1485/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 136422 e Prontuário nº 2018.06.001754 pertencentes a **EDRIZIO BORGES SILVA** que foi atendido dia 13/06/2018 às 15H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/06/2018 com alta médica dia 22/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 136422 Atd: Nao Regular
Data: 13/06/2018
Hora: 15:28:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.001754

CNS: 704207221029186 Sexo: M IDENTIDADE: 073845356 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/12/1963 Id: 54 ano(s)

End.: R-JOSE GOMES FERREIRA, OFONE 021998304142

Bairro: CENTRO Cidade: MOGEIRO UF: PB

Mae: MARIA JOSE DA SILVA

Pai: IGNORADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SAMU+A IRMA (SALETE BORGES)

Tel/Doc. Responsavel: 192 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (CONDUTOR) AS 13HS

Vitima de violência por: *PROX. A SUA CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEIXA DE MOTO

TRAZIDO PELO SAMU

Paciente com história de acidente de motocicleta há + 3h (queda) queixa-se de dor na perna e

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nega perda de consciência, náuseas e vômitos e contusões na região da cabeça.

Nega cervicalgia.

Diagnostico

Conduta

Nega queixas torácicas; não apresenta desconforto respiratório.

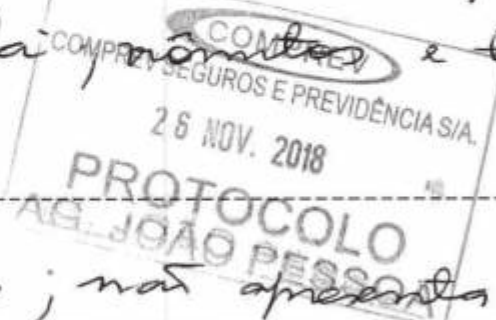
Prescrição

Horario da medicacao

Nega queixas abdominais.

Não tem sinais de fraturas em MMSS.

Nega alergia medicamentosa; patologias pré-existent de medicação.



exonados em pena E, falho E e.
pe E.

AO exame: EGR, eufreico; corado; acrometria
LOTE; estavel.

Neg. VAS

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

conduta = consulta energética + avaliações
sol. Rx de pena E, falho E e
tomozelo E.

sol. Parecer da ortopedia
liberado da ci. geral
tetanogammas - ~~temp. 38,5~~

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Avaliação

OP: 001 das Penas (E) Per trauma físico.



Ass. Virginia L. da Costa
CICLO Geral

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Ass. Saleti Borges da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: <i>Edrízio Borges da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>54a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>20 / 06 / 2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>			2º Assistente: <i>Valdeban (R1)</i>		
Anestesista: <i>Luís Eduardo Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paulo</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do 1/3 Distal de Tíbia Esquerda</i>					<i>S82.4</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna esquerda

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia

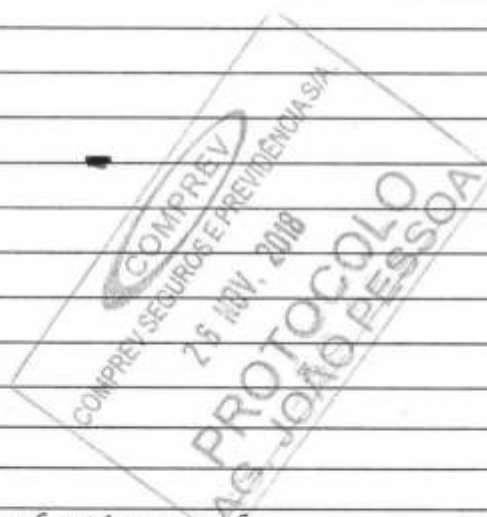
Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa em "T" Ø 4.5mm + 07 Parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle



Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data: 20 / 06 / 18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
SBTO 9693
MEDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edúzio Borges da Silva **Data da Admissão:** 13/06/18

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: _____

ADA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]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 = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Fx diafisária de tíbia (E)

Conduta: Osteossíntese de tíbia (E)

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91188-SP TO 9603

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Edrizio Borges da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>54 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>13 /06 /2018</i>		DATA DE ALTA <i>22 /06 /2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Terço Médio da Tíbia Esquerda</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 1/3 proximal da Tíbia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese. Recebe alta em boas condições clínicas. Recebeu orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

22.06.2018

DATA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603
ASS. MÉDICO / C.R.M

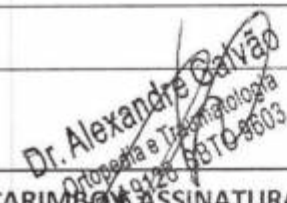
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLO

AG 1040

1040



NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Edrízio Borges da Silva</i>		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO:		ORIGEM			
		() PAM			
BAIRRO:		() SES			
		() SSM			
DADOS CLÍNICOS		<i>Fratura de Ossos da Perna E</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS		<i>Rx do Perna AP/P</i>			
DATA: <i>10/02/2018</i>		 CARIMBO E ASSINATURA			

conferir data de retorno ambulatorio

NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE:		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO: <i>Edrízio Borges da Silva</i>		ORIGEM			
		() PAM			
BAIRRO:		() SES			
		() SSM			
DADOS CLÍNICOS		<i>Fratura de Ossos da Perna</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS		<i>Rx da Perna AP/P</i>			
DATA: <i>02/02/2018</i>		 CARIMBO E ASSINATURA			

conferir data de retorno



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

P/ Edrízio Borges da Silva

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em perna resultando em fratura da tíbia direita foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.4

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128-8/PT 9603

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

7306.2018



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0201
Polegar Direito



Edrizio Borges da Silva
Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **07.384.535-6** DATA DE EXPEDIÇÃO **19/06/2015**

NOME
EDRIZIO BORGES DA SILVA

FILIAÇÃO
MARIA JOSE DA SILVA

NATURALIDADE **PARAÍBA** DATA DE NASCIMENTO **17/12/1963**

DOC. ORIGEM
C. CASM LIV 00078B FLS 125 TERM 0035211 C 011
RIO DE JANEIRO RJ

CNPJ
668.126.907-91

001 2 Via

0201

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013152835107
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0110224683-0 00/00000000 2017

EDRIZIO BORGES DA SILVA

66812690791

QFY9007/PB

NOVO ANT. UF PB 9C2KD0810HR400436

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS EEDL

2016 2017

2 P/162 /CI PARTIC

AZUL REDOMINANTE

COTA UNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

1ª
2ª
3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO PREMIO DATA 27/07/2017

A.F ADM DE CONC NACIÃO HONDA LT.A

MOGEIR

526

01/08/2017

19607

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

PB Nº 013152835107 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDRIZIO BORGES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

66812690791

QFY9007/PB

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 01/08/2017

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

EDRIZIO BORGES DA SILVA

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

66812690791

Nº CHASSI

QFY9007/PB

01102246830

HONDA/NXR160 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2016 (R\$) 9

9C2KD0810HR400436

PREMIO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

DATA DE COTAÇÃO

COTA UNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19607-0803286-20170801

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180556140**

Nome do(a) Examinado(a): **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE GOMES FERREIRA, S/N - CENTRO - Mogeiro - PB - CEP 58375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **073845356**

Data e local do acidente: [**13/06/2018**] **MOGEIRO**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556140

Cidade: Mogeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Data do acidente: 13/06/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

EDRIZIO BORGES DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil Querejado, profissão
Apresentado, CI RG nº 07.384.535-6,
CPF/MF nº 668.526.907-9, residente e domiciliado(a) à Rua
R. José Gomes Figueira, S/N Centro,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58373000, telefone
(83) 99105.5363, 98663.4900.

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 Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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.

João Pessoa - PB, 16 de novembro de 2018.

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Edrizio Borges da Silva

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDRIZIO BORGES DA SILVA, [116034], J. Pessoa - PB, 16/11/2018 12:30:10 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AH088735-CEMO Consultor em
<https://selodigital.titulos.tpb.com.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427465/18

Número do Sinistro: 3180556140

Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

CPF: 668.126.907-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDRIZIO BORGES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA