
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

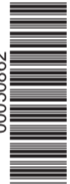
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



LIVRO.: 0229

FOLHA: 049



COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 03 (três) dias do mês de outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabela Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) **PROCURADOR(ES) Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **"AD JUDICIA ET EXTRA"**, representá-lo(a) em Repartições Públicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos

LIVRO.: 0229

FOLHA.: 049



poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrivão, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ªVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que **DECLAROU SER ANALFABETO** e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho () da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES
- TITULAR -






POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Nº BOAT 24/2018 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: VITORINO | Posto/Graduação: 2º SARGENTO |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: ACESSO AO BAIRRO MUTIRÃO | Hora 21:00 | Bairro MUTIRÃO |
| Município: GUARABIRA | U F PB | |
| Data/Ocorrência 17/03/2018 | Dia da Semana SÁBADO | C/S Vítima (QT) SIM 02 |
| Natureza do Acidente ATROPELAMENTO | Tipo de pavimento CALÇAMENTO | Condições/Via REGULAR |
| Tempo BOM | Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CICLOMOTOR 01 PEDESTRE | |
| Controle do tráfego no local SEM CONTROLE | | |

CONDUTOR 01

| | | | |
|--|---------------------------|--|----------------|
| Nome IRANILDO CELESTINO | Sexo MASCULINO | Nascimento 31/08/1982 | RG 3032842 |
| Endereço RUA: LÍDIA COSTA CARMO Nº 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB | | | |
| 1ª Habilitação XXXXX | Categoria XX | Registro CNH N.º XXXX | U.F. XX |
| Ex.méd./Dia XXXX | Data Vencimento XXXXXX | Usava cinto XXX | Usava Capacete |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO | | Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | |

VEÍCULO 01

| | | | | | |
|---|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|---------|
| Marca I/SHINERAY | Espécie PAS/CICLOMOTOR | Placa QFU 0568 | Categoria PARTICULAR | Município SAPÉ | U.F. PB |
| Nome do Proprietário VANDERLY NASCIMENTO COSTA | | | | | |
| Seguradora D P V A T | Bilhete Nº XXXXXXXXXXXX | Renavan Nº 01077258248 | Data da Emissão XXXXXXXXXX | | |
| Defeitos | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor impossibilitado de prestar esclarecimentos sobre os fatos, pois o mesmo foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira - Pb.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 10 JAN. 2019
 RG
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONDUTOR 02

| | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------|
| Nome | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | |
| 1ª Habilitação | Categoria | Registro CNH N.º |
| U.F. | Ex.méd./Dia | Data Vencimento |
| Usava cinto | Usava Capacete | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica | | Destino do Condutor |

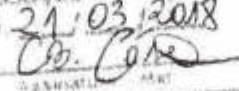
VEÍCULO 02

| | | | | | |
|----------------------|------------|------------|-----------------|-----------|------|
| Marca | Espécie | Placa | Categoria | Município | U.F. |
| Nome do Proprietário | | | | | |
| Seguradora | Bilhete Nº | Renavan Nº | Data da Emissão | | |
| Defeitos | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 02

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
 BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Esta cópia é íd.

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT N° 24/2018

| CONDUTOR 03 | | | | | | | |
|---|------------|------------------|---------------------|-------------|-----------------|-------------|----------------|
| Nome | Sexo | Nascimento | | RG | | | |
| Endereço | | | | | | | |
| 1ª Habilitação | Categoria | Registro CNH N.º | U.F. | Ex.méd./Dia | Data Vencimento | Usava cinto | Usava Capacete |
| Exame de Embriaguez Alcoólica | | | Destino do Condutor | | | | |
| VEÍCULO 03 | | | | | | | |
| Marca | Espécie | Placa | Categoria | Município | | | |
| Nome do Proprietário | | | | | | | |
| Seguradora | Bilhete N° | Renavan N° | | | | | |
| Defeitos | | | | | | | |
| VERSÃO DO CONDUTOR 03 | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> POLÍCIA MILITAR DA PARAIBA 2ª OPIÇÃO - BPTRAN Esta cópia foi reprodução de original Em 21/03/2018  </div> | | | | | | | |

COMPREV
 COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A
 10 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT N° 24/2018

| VITIMA 01 | | | |
|--|-------------------------------------|------------|-------------|
| Nome | Sexo | Nascimento | |
| IRANILDO CELESTINO | MASCULINO | 31/08/1982 | |
| Endereço | | | |
| RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N° 01 | | Usava Cinto |
| Condição da Vítima | Conduzida Para | | |
| CONDUTOR | HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | |
| VITIMA 02 | | | |
| Nome | Sexo | Nascimento | |
| FRANCISCO INÁCIO TAVARES | MASCULINO | 15/11/1968 | |
| Endereço | | | |
| RUA JORGE MARANHÃO N° 78, BAIRRO DO ROSÁRIO, GUARABIRA - PB | | | |
| Ferimentos | | | Usava Cinto |
| Condição da Vítima | Conduzida Para | | |
| PEDESTRE | HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | |
| VITIMA 03 | | | |
| Nome | Sexo | Nascimento | |
| Endereço | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N° | | Usava Cinto |
| Condição da Vítima | Conduzida Para | | |
| TESTEMUNHA 01 | | | |
| Nome | Sexo | Nascimento | |

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

| | | | |
|----------|------------|---------------|------------|
| Nome | | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | | |
| CPF | Identidade | Órgão Emissor | U. F. |

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O condutor, Iranildo Celestino quando pilotava o ciclomotor Shineray, sentido Mutirão ao Conjunto Osmar de Aquino, veio atropelar o Senhor, Francisco Inácio Tavares que seguia a pé no mesmo sentido. Ambos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros ao Hospital Regional de Guarabira - Pb.

Obs: Não foi possível confeccionar o croqui, pois o ciclomotor foi retirada do local do sinistro.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA
 10 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

POLICIA MILITAR DA PARAIBA
 2º CPTMAN - BPTMAN
 Esta cópia é fiel
 reprodução da original
 Em 21/03/2018

Guarabira - PB, 20/03/2018

[Handwritten Signature]
 SGT. VITORINO Responsável pelo Levantamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DE FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (GRUPO B) SUSEP Nº 245/2012

Nome completo: Francisco Inácio Torres CPF: 853.568.754-87
 Profissão: maquinate Endereço: Rua Jorge Maranhão Número: 187 Complemento: _____
 Bairro: Passaúna Cidade: Caravelina Estado: PB CEP: _____
 E-mail: franciscotorres@locadorasantons.com.br Tel. (DDD): (33) 3249-6957

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

RENDA MENSAL:
 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: [] [] [] [] CONTA: [] [] [] []
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 JAN. 2019
 JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: João Pessoa/PB 08/01/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ricardo H. C. Hochmann

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: Francisco Inácio Torres
 CPF: 853.568.754-87
Francisco Inácio Torres
 Assinatura
 2ª | Nome: Manoel Ribeiro D. Silva
 CPF: 078.555.364-93
Manoel Ribeiro D. Silva
 Assinatura

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

Ficha Nr: 112044⁴ Atd: Nao Regu.
Data: 18/03/2018
Hora: 01:21:10
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ~~LUIZ~~ INACIO TAVARES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.002642

CNS: 898003446082648 Sexo: M IDENTIDADE: 85677 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: ROSARIO, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: GUARABIRA UF: PB

Mae: JOSEFA AURELIANO DOS SANTOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUIZ INACIO TAVARES

Toc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 85677

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

Politraumatizado Convulsao

Hemorragia Dispineia

Diarreia Agitado

Regular Chocado

Vomito

Observacao

ixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Resumo atual de atendimento, seu estado
Morte súbita com trauma de 1m espontânea
de ossos da perna.*

Diagnostico

*Condição
Cerebela 54*

Prescrição

*- V A T P D E
- De biscoito cecegan*

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

MARIA DAS GRACAS INACIO
 RUA JORGE MARANHÃO, 181 - ROSARIO
 GUARABRA / PB CEP: 59200003 (AQ: 22)
 Emissão: 20/04/2018 Referência: Abr / 2018
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-230, Km 26 - Caixa Retentor João Pessoa / PB - CEP 58071-690
 Roteiro: 12 - 22 - 135 - 8970 Nº medidor: 00001392340

Energisa
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.095.103/0001-40 Insc Est: 16.015.822-0
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 005.365.574
 Cód. para Dct. Automático: 00004281051

Atendimento e Carga ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br
 Conta referenciada: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI
 Abr / 2018 20/04/2018 22/05/2018 5639657464
 Insc. Est.

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
 Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de Junho de 2008,
 informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
 mentos regulares de energia elétrica desta unidade
 consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos ante-
 riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
 do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
 tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
 a que se refere, e dos anos anteriores.
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
 nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
 Visum foi cedido no crédito? Não toque ou se aproxime. Ligue im-
 mediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 21/03/18 | 8321 | 20/04/18 | 9424 | 1 | 97 | 30 |

| CD | Descrição | Quantidade | Valor | Base Calc | Alíq | ICMS (R\$) | Base Calc | ICMS (R\$) | ICMS (%) | Base Calc | ICMS (R\$) | ICMS (%) |
|------------------------|----------------------------|------------|----------|-----------|------|------------|-----------|------------|----------|-----------|------------|----------|
| 0601 | Consumo até 30kWh-BR | 30.000 | 0,242620 | 7,27 | 25 | 1,82 | 7,27 | 0,08 | 0,31 | | | |
| 0601 | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 67.000 | 0,415910 | 27,89 | 25 | 8,96 | 27,89 | 0,25 | 1,17 | | | |
| 0610 | Subsídio | | | 33,53 | 25 | 8,38 | 33,53 | 0,21 | 1,41 | | | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
| 0907 | CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA | | | 8,16 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0908 | Devolução Subsídio | | | -23,43 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CC: Código de Classificação do Item | TOTAL | 59,39 | 88,86 | 17,16 | 88,86 | 0,62 | 2,89 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

Histórico de Consumo (kWh)

| 100 | 09 | 110 | 08 | 07 | 02 | 104 | 103 | 104 | 117 | 121 | 104 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Sep/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Feb/18 | Mai/18 |

RESERVADO AQUELE
 4fe4.5204.37d7.12f0.ec03.961b.30de.c5a7.

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|--------------------------------|--------------|---------------|
| Serviços de Del. da Energia/PB | 5,41 | 17,67 |
| Campo de Energia | 11,11 | 20,81 |
| Serviço de Transmissão | 1,44 | 2,70 |
| Serviços de Distribuição | 2,80 | 4,87 |
| Impostos Diretos e Encargos | 38,93 | 54,05 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 69,69 | 100,00 |

Valor de EUSD (Ref. 21/2018) R\$ 1,11

| Indicadores de Qualidade | Limite da ANEEL | Aperado | Limite da Tensão (V) |
|--------------------------|-----------------|---------|----------------------|
| DC MENSAL | 11,82 | 0,00 | NOMINAL 220 |
| DC TRIMESTRAL | 23,64 | 0,00 | CONTRATADA |
| DC ANUAL | 3,48 | | LIMITE INFERIOR 202 |
| FI MENSAL | 0,97 | | LIMITE SUPERIOR 231 |
| FI TRIMESTRAL | 13,93 | 0,00 | |
| FI ANUAL | 3,48 | | |
| DIOD | -12,22 | | |

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 G. JOÃO PESSOA

Reservado 022-135-8970
 Matrícula: 429705-2018-04-9
 33A00000000-8 53390054000-8 04297052018-7 04900022019-1



CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
 INFORME ESTE NÚMERO

71609

REFERÊNCIA
 JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE D'E L. SANTANA
 AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
 58013- 380

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|----------------------|-----|-------------------------|-----------|------------|-------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Educa | |
| 001.003.175.0170.000 | 000 | 1 | 0 | 0 | 0 | |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| Y10X387011 | 26/03/2011 | EXT LACR | LIGADO | LIGADO |

| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA |
|-------------------|-------|-----------------------|------------------------------------|-----------------|
| 1988 | 2020 | 32 | 29 | 02/08/2018 |
| HIST. CONS./ANOR. | LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 | PORT. 05/2017 MS. | |
| JUN/2018 | 35 | 13 | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES | |
| MAI/2018 | 23 | 13 | TURBIDEZ 268 275 275 | |
| ABR/2018 | 11 | 0 | CLORO 268 277 277 | |
| MAR/2018 | 7 | 0 | COL.TERMOT 0 0 0 | |
| FEV/2018 | 9 | 0 | COR 73 88 88 | |
| JAN/2018 | 19 | 7 | COL.TOTAIS 268 277 277 | |
| MEDIA(M) | 17 | | DADOS REFERENTES A: MAI/2018 | |

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|-----------------------------------|---------|------------|
| AGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE | 10 M3 | 37,91 |
| 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3 | 10 M3 | 48,90 |
| 21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3 | 10 M3 | 64,50 |
| ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3 | 2 M3 | 17,52 |
| ESGOTO | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE | 10 M3 | 30,33 |
| 11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3 | 10 M3 | 39,10 |
| 21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3 | 10 M3 | 58,10 |
| ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3 | 2 M3 | 17,52 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS LEP 12.741/12

VENCIMENTO: 16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
 COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA
 R\$ 313,88

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Ricardo H.C. Hornemann inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.202.404/72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Inacio Torvares inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, do sinistro de DPVAT cobertura incólida da Vítima Francisco Inacio Torvares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

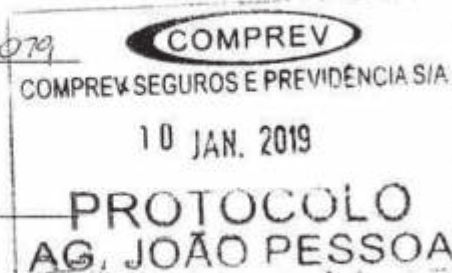
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| Endereço <u>Av. Afonso Comper</u> | | Número <u>40</u> | Complemento |
| Bairro <u>centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP |
| E-mail <u>previdenciario@locidasaetoro.br</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(83)3047-6957</u> | Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6133</u> |

João Pessoa/PB, 08 de Janeiro de 2019
Local e Data

Ricardo H.C. Hornemann
Assinatura do Declarante



14

CERTIDÃO

Nº. 1080/2018

Atendendo solicitação de **FRANCISCO INACIO TAVARES** 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 112044 e prontuário de Nº2018.03.2642 pertencentes aos mesmo que foi atendido dia 18/03/2018 às 01h21min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 11/04/2018 e alta medica dia 12/04/2018.

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

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8
 1-CPPF 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
 2-CGC

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITTY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

UF: PARAÍBA

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

IDADE

BAIRRO: MANGABEIRA II

IDENTIDADE

PACIENTE: *João Pessoa*

ORIGEM

PAM
 SES
 SSM

ENDEREÇO

BAIRRO

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

Dr. João P. (SM)

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Dr. João P.
 DATA

ASSINATURA
 CRM PB 57.000-0/2014



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) **FRANCISCO**

INACIO TAVARES portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por
mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 _____ S82 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de **90 (NOVENTA)** dias, a partir desta data.

João Pessoa, _____

18/03/2018

Eduardo Paz Lya
Médico
CRM-PE 1149

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a)
Dr.(^o) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
10 JAN. 2019
PROTOCOL
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|------------------------------------|----------------------|--------|
| NOME: FRANCISCO INACIO TAVARES | | | | PRONTUÁRIO N° | |
| IDADE 49 ANOS | SEXO MASC | COR | CLÍNICA <i>Ortopédia</i> | ENF.: | LEITO: |
| DATA DE ADMISSÃO: 18/03/2018 | | DATA DE ALTA: 12/04/2018 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta dos Ossos da Perna esquerda</i> | | | | | CID |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</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 dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução aberta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

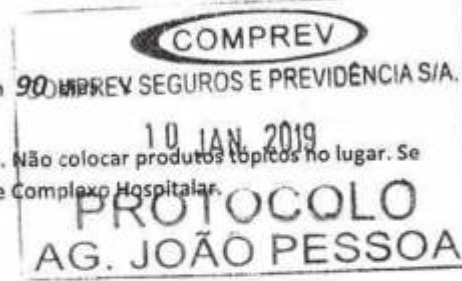
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: *cefalexina 500mg, aine e analgésico*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 7 dias para revisão. (DR. MOURIBE)



Médico
 CRM-PP 11487

12/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.



CARTÃO DE RETORNO

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Paciente: | FRANCISCO INACIO TAVARES |
| Médico: | DR. MOURIBE |
| Data 1º atendimento: | 18/03/2018 |
| HD: | FRATURA DOS OSSOS DA PERNA E |
| CD: | REDUCAO CRUENTA + FIXACAO INTERNA |

RETORNOS

| DATA | HORA | ASSINATURA |
|-------------------------------|--------|------------|
| Agendar 1º retorno com 7 dias | | |
| 26/04/2018 | 07:00h | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wlfrido Tarcísio Data da Admissão: / /

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: Exame com ruído de pulm

HDA: Paciente com quadro de PA. Exame de
ans de pulm

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 [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

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

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Kg em [] Prurido [] Sudorese
[] Outros:
PROTOKOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: A suposte de oss de forma.

Conduta: Do bleco cereja

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|---------------|
| Nome: <i>800 Inacio Galvão</i> | | | | Registro: | |
| Idade: <i>49a</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>M</i> | Clinica: <i>Urg</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>3/4/18</i> | Cirurgião: <i>R. Roberto Paulo</i> | | 1º Assistente: | | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: <i>~</i> | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fratura do osso</i> | | | | | |
| <i>pele com</i> | | | | | |
| <i>fixação externa</i> | | | | | |
| <i>fixação externa</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>pele de</i> | | | | | |
| <i>fixação externa</i> | | | | | |
| <i>de pele</i> | | | | | |
| <i>de pele</i> | | | | | |
| <i>de pele</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | 1 () Sim | | |
| | | | 2 () Não | | |
| Biópsia de Congelação: | | | 1 () Sim | | |
| | | | 2 () Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------|
| Nome: <i>Francisco Inácio Tavares</i> | | | | Registro: | |
| Idade: <i>44a</i> | Sexo: <i>Mas</i> | Cor: | Clínica: <i>Orto</i> | | EMP: |
| Data: <i>11/04/18</i> | | Cirurgião: <i>Dr. Moura</i> | | 1º Assistente: <i>Valdeilson R.</i> | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestésista: <i>Imbelloni</i> | | Tipo Anestesia: <i>Rapui</i> | | Horário: I: T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fratura de diáfise tibial</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Omesoria</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>Redução aberta + fixação</i> | | | | | |
| <i>intra-ósea</i> | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | Descreva: | | |
| 1 () Sim | | | | | |
| 2 () Não | | | | | |
| Biópsia de Congelação: | | | | | |
| 1 () Sim | | | | | |
| 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

vd em PPH pole, raquiranestesia
Assupna + Antiespasm
Colo, dgo, fricção de campos estéril

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna em
antero-medial
Dissecção por planos anatômicos.

Achados:

Fratura ^{simples} obliqua em tálus. E

Conduta:

Redução aberta + fixação aberta
com placas PIP com 10 parafusos com f
parafuso esponjoso + 8 parafusos corticais.
Fixação do pé com S.F.O.S.
Rx de controle.

Fechamento:

Sutura + curativo + tala.

OBS:

Data:

11/04/18

Dr. Valdebor Corvo Jr.
M.R. - Ortopedia
Cirurgia - 0622

11 ABR. 2018

+ Marçal
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparação e
antissepsia da

Incisão:

escova dental
fechada de

Achados:

fixador externo
limpa cicatrizes

Conduta:

curativo
Gale ferida
Do sítio

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 31/01/18

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB 1590

MÉDICO/CRM



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: Ortoped.
 DO HOSPITAL: Regional de Guarabira.
 PARA O HOSPITAL: Complexo Hospitalar de Guarabira.
 MÉDICO ASSISTENTE: Vitalmoir Jones DATA: 17, 03, 18

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:
 NOME: Francisco de Almeida de A. SEXO: M.
 PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº: _____ IDADE: 49.
 ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
 MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:
Queda de moto. Gloriosa 15
sem e choque sem ferimentos
Fração resposta de fêmur e fíbula E.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:
Ceftriaxon 1000 mg. IV

Rec. Rec. 22/2/18


COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO: Fração resposta fêmur e fíbula E.
 PROVÁVEL: _____ CID: _____


ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):
 Dr. José Waldemar B. Júnior
 URGENTE - 0800 10637

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PESQUISA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO - I



POLEGAR DIREITO



NÃO ALFABETIZADO (A)

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 05/07/2018

003.475.501

FRANCISCO INACIO TAVARES

REGIÃO

LUIZ INACIO TAVARES

JOSEFA AURELIANO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1968

REGISTRO

CELEBRADA EM

15/11/1968

19. VIA

853.308.734-87



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
853.568.754-87

Nome
FRANCISCO INACIO TAVARES

Nascimento
15/11/1968

CÓDIGO DE CONTROLE
ECBFD866.7464.E2F3



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:24:17 do dia 09/05/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VALEDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05629900

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL, PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 9.528/94)



ASSINATURA DO TITULAR

Ricardo Henrique Cantalice Hardman



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍSA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

1981
RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

14803

PAISAGEM
MANOEL HENRIQUE HARDMAN
LUCIA MARIA DE MEDEIROS CANTALICE HARDMAN

RETRATILIDADE
JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO
06/12/1984

SS
3807698 - SSP/PB

DATA DE EXERCÍCIO
02/24/2010

NÃO

PAULO ANTONIO LIMA X SOUZA
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049



COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que ~~aos 03 (três) dias do mês de~~ outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabela Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) **PROCURADOR(ES) Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **“AD JUDICIA ET EXTRA”**, representá-lo(a) em Repartições Públicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos

LIVRO.: 0229

FOLHA.: 049



poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrivão, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ªVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho () da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES
- TITULAR -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011777/19

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

CPF: 853.568.754-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO
TAVARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN : 052.202.404-12

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

FRANCISCO INACIO TAVARES : 853.568.754-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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: 10/01/2019
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
CPF: 052.202.404-12

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA