



21/09/2020

Número: **0800777-02.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO INACIO TAVARES (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34540757	21/09/2020 11:48	2750488_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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

Carta nº 13807393

Pag. 01483/01484 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 01723/01724 - carta_03 - INVALIDEZ

00050862



Carta nº 13807405



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306>

Número do documento: 20092111475691000000033026306

Num. 34540757 - Pág. 2



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, 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.

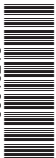
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00497/00498 - carta_16 - INVALIDEZ

00010249



Carta nº 14561645



LIVRO.: 0229

FOLHA: 049



CCIMB 2 2 5 0 4 9 *

COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

PROCURAÇÃO

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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 Tabeliã 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, FEPEJ - 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 1.576.526-2ª Via-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
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 SAPE	U.F. PB	
Nome do Proprietário VANDERLY NASCIMENTO COSTA						
Seguradora D P V A T	Bilhete Nº XXXXXXXXXX	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
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
Emissão e Assinatura



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 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		U.F.	
Nome do Proprietário							
Seguradora	Bilhete N.º		Renavan N.º				
Defeitos							
VERSÃO DO CONDUTOR 03							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> POLÍCIA MILITAR DA PARAIBA 2ª CPTM - BPTAN Esta cópia é fiel reprodução da original Em 21/03/2018 <i>[Assinatura]</i> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-90deg); transform-origin: center;"> COMPREV COMPRESSORES E PNEUS S/A 10 JAN 2018 PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA </div>							

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 24/2018			
VÍTIMA 01			
Nome		Sexo	Nascimento
IRANILDO CELESTINO		MASCULINO	31/08/1982
Endereço			
RUA: LÍDIA COSTA CARMO Nº 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB			
Ferimentos		Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
Condição da Vítima		Conduzida Para	
CONDUTOR		HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	
VÍTIMA 02			
Nome		Sexo	Nascimento
FRANCISCO INÁCIO TAVARES		MASCULINO	15/11/1968
Endereço			
RUA JORGE MARANHÃO Nº 78, BAIRRO DO ROSÁRIO, GUARABIRA - PB			
Ferimentos		Usava Cinto	
Condição da Vítima		Conduzida Para	
PEDESTRE		HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	
VÍTIMA 03			
Nome		Sexo	Nascimento
Endereço		Usava Cinto	
Ferimentos		Viajava no Veículo Nº	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

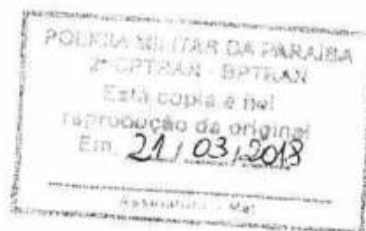
CONSTATADO

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.



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 E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - (RECUPAR USEP Nº 245/7/2012)

Nome completo: _____ CPF: 853.568.754-97

Profissão: Indústria Endereço: Rua Jorge Noronha Número: 187 Complemento: _____

Bairro: Aracaju Cidade: Caracolândia Estado: PB CEP: _____

E-mail: fernandemirio@locadavoz.com.br Tel.(DDD): (33) 3241-6957

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 na documentação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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: Aracaju/PB 08/01/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Leoberto Torgino Gomes

CPF: 790.259.064-29

Leoberto Torgino Gomes

Assinatura

2ª Nome: Marcel Ribeiro D. Silva

CPF: 078.555.364-93

Marcel Ribeiro D. Silva

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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: 112044² Atd: Nao Regu.
Data: 18/03/2018
Hora: 01:21:10
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: *LUIZ INACIO* 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

Tec. Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 85677

Ecedencia: 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 [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Caixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescrição

*Recebeu atendimento de emergência, sem trauma
Mark no braço com ferimento de 2cm de profundidade
de ossos da perna.*

caso de fratura de humero 54

- V.A.T. 10/01/2019

- De braco esquerdo

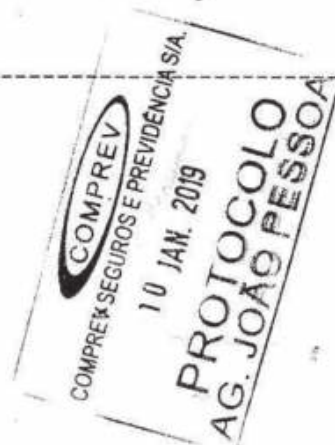
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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



energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Círculo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 56071-680
CNPJ 09.095.103/0001-43 - Insc. Est. 16.015.820-0
Nota Fiscal/Cópia de Entrega Elétrica 00055.366.57
Cód. Ver. Deb. Automático: 0000429705

Atendimento Soc. - CENTROISA 0800 083 0196		Acesso: www.energia.com.br	
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Abr / 2018	20/04/2018	22/05/2018	5639657484 Insc. Est.

Canal de combate

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.507 de 29 de junho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fa-
turos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora, vencidos no ano de 2011 e não sujeitos a
consideração para fins de conservação de energia.
O cumprimento das obrigações decorrentes dos débitos do
sistema de faturamento mensal, bem como dos débitos do
sistema de referência, é de dois anos anteriores.
Tendo em vista o prazo de validade de 12 (doze) meses
em 14/05/2012, de 26 de abril de 2002.
Viu em meu cargo no CNEG? Não toques ou se aproxime. Ligue me-
diatamente para a Empresa e peça auxílio para isolar o local.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	1	97	30
21/03/19	9427	20/04/19	9426			
Demonstrativo						
CO	Descrição	Quantidade (m³)	Valor Social (R\$)	Alíq. Icm (R\$)	Valor Social (R\$)	Valor Social (R\$)
		Tributação Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMSE (R\$)	ICMSE (R\$)	ICMSE (R\$)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000 0.242620	7,27	7,27	25	7,27 0,08 0,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	87,000 0.415910	27,88	27,88	25	8,96 27,88 0,26 1,17
0610	Subsídio		33,53	33,53	25	8,38 33,53 0,21 1,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA		8,16	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00
	para Devolução Subsídio		-23,43	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	53.39	88.08	17.16	88.08	0.62	2.00
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Historico de Confirma (KWH)											
102	98	118	95	97	92	104	103	104	117	121	104
Abri17	Maí17	Jun17	Jul17	Ago17	Set17	Out17	Nov17	Dezi17	Jan18	Fev18	Mar18

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

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Aperado	Limite de Tensão (V)	
DI MENSAL	11,82	NOMINAL	220
DI TRIMESTRAL	12,51		
DI ANUAL	12,48		
FI MENSAL	9,37	CONTINUA	202
FI TRIMESTRAL	9,37	CONTINUA	202
FI ANUAL	9,37	CONTINUA	202
DI MENSAL	12,42	CONTINUA	202

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





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 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 DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013-380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
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

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
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, LEI 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200921147569100000033026306>

Número do documento: 200921147569100000033026306

Num. 34540757 - Pág. 13

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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. Hardman inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.202.404/72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Inacio Torres inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, do sinistro de DPVAT cobertura incóliz da Vítima Francisco Inacio Torres, 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

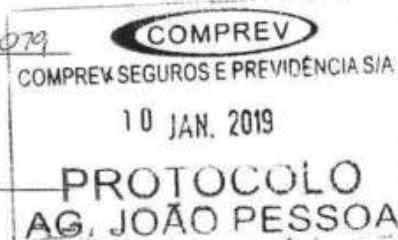
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciario@locuidasano-stb.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3241-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6133</u>	

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

Ricardo H.C. Hardman
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017





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



REQUISICÃO DE EXAMES - SUS

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 1 2 8

2

1-CPF
2-CGC

2 3 9 9 6 2 8

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITTY

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

BAIRRO: MANGABEIRA II

PACIENTE

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE

ORIGEM

PAM
SES
SSM

UF: PARAÍBA

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

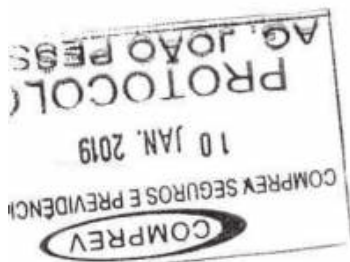
DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

ASSINATURA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
UNIDADE ÚNICA DE SAÚDE

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA



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 Lyra
Médico
CRM-PB 11487

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FRANCISCO INACIO TAVARES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 49 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	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:

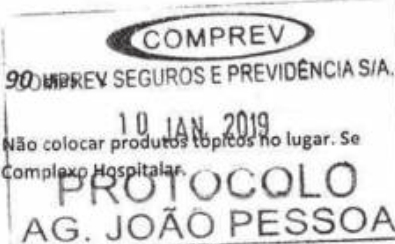
Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

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)



12/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.



[illegible]

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wlton Manoel Zamboni 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 raios de prova

HDA: Ponto com fudo de M. e parte de
ans de prova

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Queda de peso

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
☐ Dispneia ☐ 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 ☐ Corrímento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306>

Número do documento: 20092111475691000000033026306

Num. 34540757 - Pág. 20

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: _____

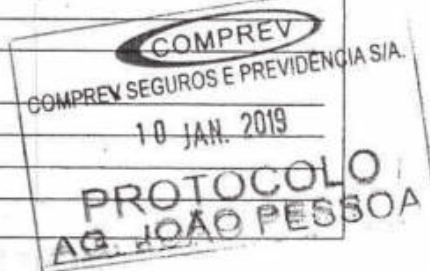
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex. seguinte de oss. de fratura.*

Conduta: *No bloco cirúrgico*



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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Pessoa</i>				Registro:	
Idade: <i>49</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>Clínica</i>	EMP:	LR:
Data: <i>3/4/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do osso</i>					
<i>pequena e com</i>					
<i>fixador externo</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Retirada do</i>					
<i>fixador externo</i>					
<i>do osso</i>					
<i>do osso</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
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					





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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Vt em DP H sob rápida anestesia
Assupção + Antisséptico
Colo, dgo, Aprorção 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 PCP com 10 parafusos com 1
parafuso esponjoso + 8 parafusos corticais.
Foi preso do fragmento com SFO 8/0.
Rx de controle.

Fechamento:

Sutura + curativo + Tala.

OBS:

Data:

11/04/18

Dr. Valdeir Corvo Jr.
CRM 10.100/2016
R. 10.100/2016

11 ABR. 2018

MÉDICO/CRM

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





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA

Dr. Tiago - Hosp Ortopedia



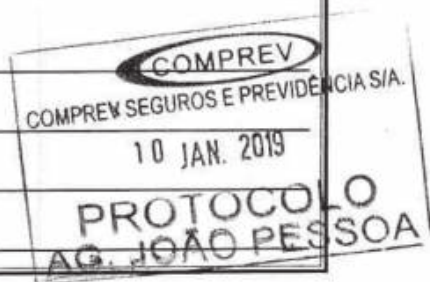
FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: Ortopedia
DO HOSPITAL: Regional de Guarabira
PARA O HOSPITAL: Complexo Hospitalar de Guarabira
MÉDICO ASSISTENTE: Vitorino Junior DATA: 17.03.18

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

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:
Queixa de dor. Glândulas 15
sem alteração no exame
Fígado aumentado de tamanho e firmeza.

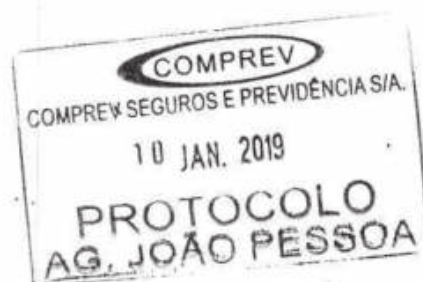
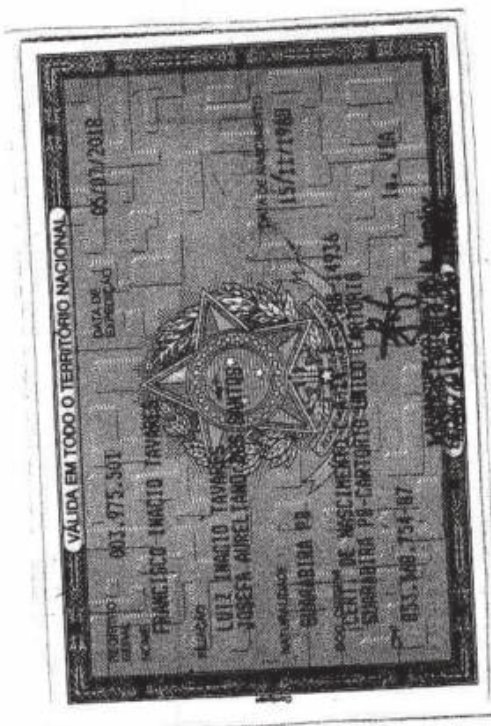
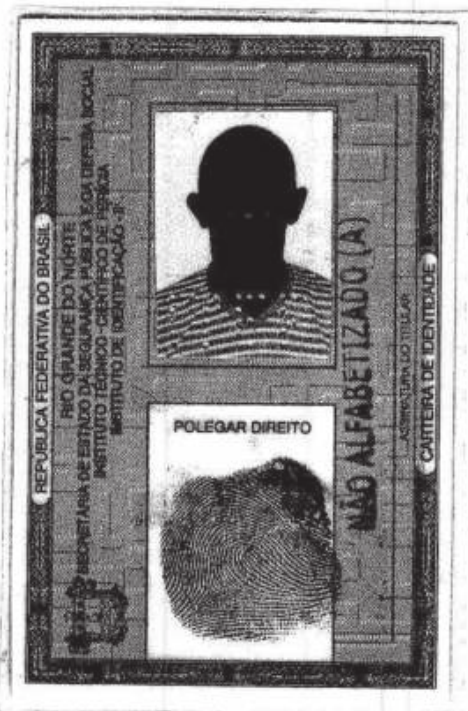
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:
Ceftriaxona 1000mg c.i.p.

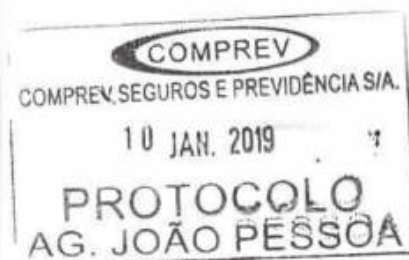


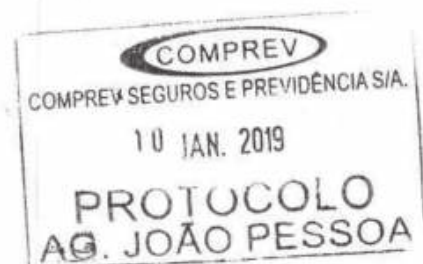
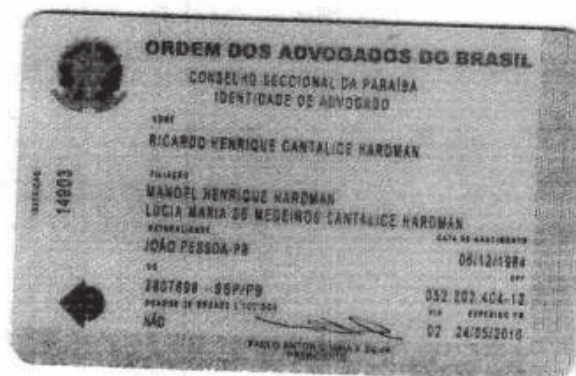
DIAGNÓSTICO: Fígado aumentado de tamanho e firmeza.
PROVÁVEL: _____ CID: _____

Assinatura do Profissional (Carimbo):
Dr. José Márcio B. Júnior
Ortopedista - CRM 19637









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306>

Número do documento: 20092111475691000000033026306

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049



CC-0 2 2 0 4 9 *

COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

PROCURAÇÃO

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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 Tabeliã 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, FEPEJ - 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 1.576.526-2ª Via-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

