



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
34540 757	21/09/2020 11:48	<u>2750488_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, contados 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 n° 13807393



01183/01181 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306>
Número do documento: 20092111475691000000033026306

Núm. 34540757 - Pág. 1



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 e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

2ac 00497/00498 - carta 16 - [NVA] IDEZ

00010249

Carta n° 14561645



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01
http://pj.e.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306
Número do documento: 20092111475691000000033026306

Núm. 34540757 - Pág. 3

PROCURAÇÃO

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPREZ 225049*

COMPRE & SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

**PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA**

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que os (60) 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 Publicas, 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-sos, 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 lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrutário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ºVia-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 -





POLICIA 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	
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	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CICLOMOTOR 01 PEDESTRE			Controle do trânsito no local SEM CONTROLE			

CONDUTOR 01

Nome IRANILDO CELESTINO		Sexo MASCULINO	Nascimento 31/08/1982	RG 3032842
-----------------------------------	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB

1ª Habilitação XXXXXX	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 SAPE	U.F. PB
----------------------------	----------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	---------

Nome do Proprietário

VANDERLY NASCIMENTO COSTA

Seguradora D P V A T	Bilhete N. ^º XXXXXXXXXXXX	Renavan N. ^º 01077258248	Data da Emissão XXXXXXXXXX
--------------------------------	--	---	--------------------------------------

Defeitos

VERSAO 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
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONDUTOR 02

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 02

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
-------	---------	-------	-----------	-----------	------

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete N. ^º	Renavan N. ^º	Data da Emissão
------------	-------------------------	-------------------------	-----------------

Defeitos

POLICIA MILITAR DA PARAÍBA
TRÂNSITO - BTRAN

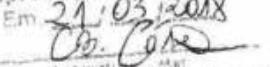
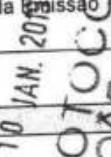
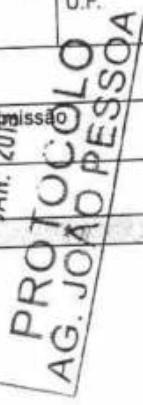
VERSAO DO CONDUTOR 02

Ficha única é digital



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
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor			
VEÍCULO 03					
Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Nome do Proprietário					
Seguradora	Bilhete N°	Renavan N°			
Defeitos					
VERSÃO DO CONDUTOR 03					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA 2º CPTMIL - BPTTRAN Esta é cópia e não reproduz o original Em 21/03/2018  </div>					
  					

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 24/2018

VÍTIMA 01

Nome		Sexo	Nascimento
IRANILDO CELESTINO		MASCULINO	31/08/1982
Endereço			
RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB		Viajava no Veículo N° 01	Usava Cinto
Ferimentos			
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 N° 78, BAIRRO DO ROSÁRIO, GUARABIRA - PB			
Ferimentos			
Condição da Vítima		Conduzida Para	
PEDESTRE		HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 03

Nome		Sexo	Nascimento
Endereço			
Ferimentos		Viajava no Veículo N°	Usava Cinto
Condição da Vítima		Conduzida Para	
TESTEMUNHA 01		Sexo	Nascimento
Nome			



VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

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

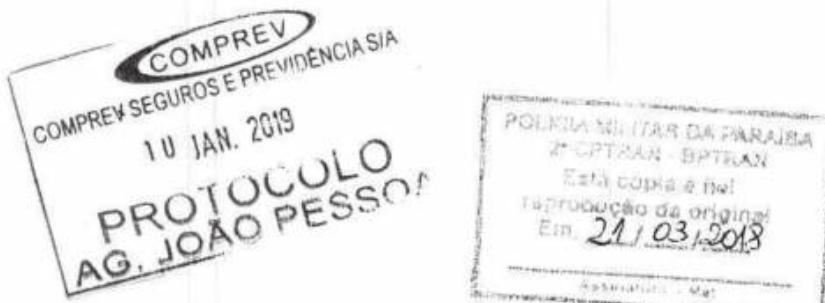
VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

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



2º 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 VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSPENSO 245/2012)

Nome completo: <i>Fernando Moreira Torres</i>	CPF: 853.568-754-87			
Profissão: <i>studante</i>	Endereço: <i>Rua Jorge Moreira</i>	Número: 187	Complemento: Bairro: <i>Bonsucesso</i> Cidade: <i>Guarabira</i> Estado: PB CEP: Tel.(DDD): (83)3241-6957	E-mail: <i>fernandotorres@icloud.com.br</i>
Número: 187	Complemento: Bairro: <i>Bonsucesso</i> Cidade: <i>Guarabira</i> Estado: PB CEP: Tel.(DDD): (83)3241-6957			
E-mail: <i>fernandotorres@icloud.com.br</i>				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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
COMPRESSEURS E PREVIDÊNCIA S/A.
JAN. 2019

ROGO

AO TITULAR DA PESSOA

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *João Pessoa/PB 08/07/19*
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: *José Lílio Tonino Gomes*
CPF: *700259064-29*
José Lílio Tonino Gomes
Assinatura

2º | Nome: *Manoel Ribeiro D'Silva*
CPF: *078555364-93*
Manoel 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: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 112044 Atd: Nao Regu.
Data: 18/03/2018
Hora: 01:21:10
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ INACIO TAVARES

Num. de vezes atendido: 1

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

Num. Prontuario: 2018.03.002642

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

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: LUIZ INACIO TAVARES

Tec Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 85677

Residencia: 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:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

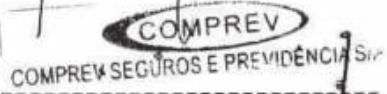
PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

Sintoma Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Morre surto com perda de sentimento de dor de pánico.



10 JAN. 2019

Diagnostico

Conduita: Causa letal é agudo f

PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA

Prescricao

- Atipico fatorial da medicacao

- De bloco telefônico



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 MARANHAO, 181, ROSARIO
GUARABRA / PB CEP 5920000 (AQ. 22)
Emissao: 20/04/2018 Referencia: Abr/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFASICO
Rotero: 12 - 22 - 136 - 8970 N° medidor: 00001392340

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.055.103/0001-43 Insc Est: 16.015.822-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica 10005.366.574
Ced. para DBB Automatizado: 00004281051

Atendimento ao cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br
Data prevista da
próxima leitura: CNPJ: CNPJ: RANI
Conte referente: Abr / 2018 Apresentação: 20/04/2018 22/05/2018 5639657464
Insc. Est.

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei nº 2.007 de 20 de junho de 2005,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações 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 10.458, de 28 de abril de 2002.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue im-
mediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.

	Anterior	Atual	Lectura	Consumo	Dias
Data	21/03/18	20/04/18	9424	1	97
Despesas e Impostos					
001 Consumo até 30KWh-BR	50.000 0.242690	7.27	7.27 25	1.82	7.27 0.08 0.31
001 Consumo > 31 a 100KWh-BR	87.000 0.415910	27.88	27.88 25	8.96	27.88 0.25 1.77
0010 Subídio	33.53	33.53 25	8.98	33.53 0.21	1.41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0007 CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA	8.16	0.00 0	0.00	0.00 0.00 0.00	
0008 Devolução Subídio	-23.43	0.00 0	0.00	0.00 0.00 0.00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 53,39 66,66 17,18 89,88 0,62 2,88

Historico de Consumo (kWh)

105		99		110		85		97		92		104		103		104		117		121		104
Abri/17		Nov/17		Jun/17		Sep/17		Ago/17		Sep/17		Out/17		Nov/17		Dez/17		Jan/18		Fev/18		Mar/18

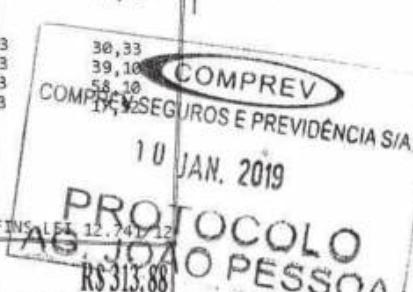
RESERVADO AO FISCO
41645204.37d7.12f0.ec03.981b.30de.c5a7.

Indicadores de Qualidade	Límites do ANEEL	Operado	Límite de Tensão (V)	Companhia	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIURNAL	2,92	0,00	NOMINAL	220		9,41	17,82
DICTRIMESTRAL	32,84	0,00	CONTRATADA	202		11,11	20,81
DIANUAL	3,48	0,00	LIMITE INFERIOR	202		0,44	2,70
FIOMENSAL	0,37	0,00	LIMITE SUPERIOR	231		3,80	8,67
FIG TRIMESTRAL	13,85	0,00				28,93	54,00
FIG DIANUAL	0,45	0,00				0,00	0,00
FIG DIA	12,42	0,00			Total	83,36	100,00
						Válida de EUROS (Parcial) R\$ 10,18	

Referência: 022-136-8970
Matrícula: 429705-2018-04-9
880000000-8 53590054000-6 04297052018-7 04900022019-1

COMPREV
COMPREX SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		<small>PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO</small> MAIS FÁCIL 71609 <small>REFERÊNCIA</small> 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																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Residencial</th> <th>Comercial</th> <th>Industrial</th> <th>Educativa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001.003.175.0170.000</td> <td>000</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td colspan="2">Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>Y10X387013</td> <td>26/03/2011</td> <td>EXT JACI</td> <td>LIGADO</td> <td colspan="2">LIGADO</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Residencial	Comercial	Industrial	Educativa	001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		Y10X387013	26/03/2011	EXT JACI	LIGADO	LIGADO																				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																																															
		Residencial	Comercial	Industrial	Educativa																																															
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0																																															
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																																																
Y10X387013	26/03/2011	EXT JACI	LIGADO	LIGADO																																																
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA 1988 2020 32 29 02/08/2018																																																				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES/2018</th> <th>35</th> <th>13</th> <th>PARAMETROS</th> <th>EXIG.</th> <th>ANALIS.</th> <th>CONFORMES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAI/2018</td> <td>23</td> <td>13</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>268</td> <td>275</td> <td>275</td> </tr> <tr> <td>ABR/2018</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>CLORO</td> <td>268</td> <td>277</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>MAR/2018</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>COL.TERMOT</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>FEV/2018</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>COR</td> <td>73</td> <td>88</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>JAN/2018</td> <td>19</td> <td>7</td> <td>COL.TOTAIS</td> <td>268</td> <td>277</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>MEDIA(m³)</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DADOS REFERENTES A: MAI/2018</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				MES/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 ³)	17				DADOS REFERENTES A: MAI/2018	
MES/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 ³)	17				DADOS REFERENTES A: MAI/2018																																															
DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRICAÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL(R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE</td> <td>10 m³</td> <td>37,91</td> </tr> <tr> <td>11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>48,90</td> </tr> <tr> <td>21 m³ A 30 m³ - R\$ 6,45 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>64,50</td> </tr> <tr> <td>ACIMA DE 30 m³ - R\$ 8,76 POR m³</td> <td>2 m³</td> <td>17,52</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE</td> <td>10 m³</td> <td>30,33</td> </tr> <tr> <td>11 m³ A 20 m³ - R\$ 3,91 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>39,10</td> </tr> <tr> <td>21 m³ A 30 m³ - R\$ 5,81 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>58,10</td> </tr> <tr> <td>ACIMA DE 30 m³ - R\$ 8,76 POR m³</td> <td>2 m³</td> <td>17,52</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	ÁGUA			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90	21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	10 m ³	64,50	ACIMA DE 30 m ³ - R\$ 8,76 POR m ³	2 m ³	17,52	ESGOTO			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m ³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 m ³	30,33	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 3,91 POR m ³	10 m ³	39,10	21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 5,81 POR m ³	10 m ³	58,10	ACIMA DE 30 m ³ - R\$ 8,76 POR m ³	2 m ³	17,52										
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)																																																		
ÁGUA																																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																				
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91																																																		
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90																																																		
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	10 m ³	64,50																																																		
ACIMA DE 30 m ³ - R\$ 8,76 POR m ³	2 m ³	17,52																																																		
ESGOTO																																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																				
ATE 10 m ³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 m ³	30,33																																																		
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 3,91 POR m ³	10 m ³	39,10																																																		
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 5,81 POR m ³	10 m ³	58,10																																																		
ACIMA DE 30 m ³ - R\$ 8,76 POR m ³	2 m ³	17,52																																																		
 10 JAN. 2019																																																				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 P/15 E CONFINS LEI 12.741/12 VENCIMENTO: 16/07/2018 Total a Pagar: R\$ 313,88																																																				



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/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 COAF²**.

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

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 052.202.404/172, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Inacio Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.759/187, do sinistro de DPVAT cobertura mobilidade da Vítima Francisco Inacio Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.759/187, 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	Número	Complemento
<u>Ave. Afonso Comprez</u>	<u>40</u>	
<u>centro</u>	<u>PB</u>	
<u>joao pessoa</u>		
Email: <u>previdenciario@lizardassolo.sbr.br</u>	Telefone comercial(DDD): <u>(83) 3241-6957</u>	Telefone celular (DDD): <u>(83) 98650-6133</u>

Jonípes/PB, 08 de janeiro de 2019
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.D01 V001/2017



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 às01h21min, vitima 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 médica dia 12/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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



AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO

10 JAN. 2019

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIASA

COMPREV

 SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE MANGABEIRA	<p align="center">REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS</p>
NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8	
1-CPF: 2 2-CGC: 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8	
NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8	
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY	
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, SIN - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.	
MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA	
BAIRRO: MANGABEIRA II PACIENTE: João	
ENDERECO: Av. Ag. Fiscal José Costa Duarte BAIRRO: Mangabeira II	
DADOS CLÍNICOS	
MATERIAL A EXAMINAR (Sua Tua)	
EXAMES SOLICITADOS Dr. Oleg. L.D. DATA 20/01/2019	
ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE Dr. Oleg. L.D. DATA 20/01/2019	
CALENDARIO E ASSINATURA 20/01/2019	

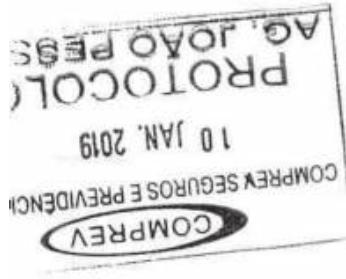


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01

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

Número do documento: 20092111475691000000033026306

Num. 34540757 - Pág. 16



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
SERVIÇOS DE SAÚDE



JOÃO PESSOA

ESTADO DA
PÉSSOA

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

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 N°	
IDADE: 49 ANOS	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA <i>Ortopedia</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>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, CÓMPUCAÇÕES) 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 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.					
COMPREV 10 JAN. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA					
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, áine 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.					





CARTÃO DE RETORNO

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

RETORNOS

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

Agendar 1º retorno com 7 dias

26/04/2018 | 04:00h

or

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN 2019

PROTÓCOLO
AO: JOÃO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wesley Tavares 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: Consumo em níveis de prazer
HDA: Ponto com grande intensidade de prazer de consumo de prazer
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Quilos: 70 []Anos: 2019
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 []Soluço []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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

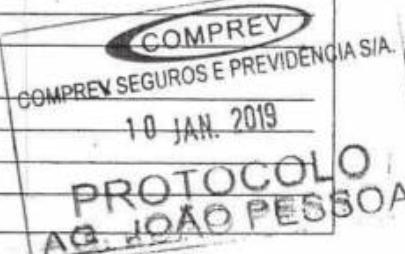
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RxHipóteses Diagnósticas: Exsantema de origem viral.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>Flávio Jardim</i>				Registro:	
Idade: <i>49</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>Alfa</i>	EMP:	LR:
Data: <i>3/10/18</i>	Cirurgião: <i>D. Resende Souza</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fadiga de sono</i>					
<i>peus edema</i>					
<i>feces expulsas</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Retinada de</i>					
<i>exodon extraor</i>					
<i>Linfadenectomia</i>					
<i>Exodontia</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					

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco Inácio Tavares				Registro:	
Idade: 43 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Octo	EMP:	LR:
Data: 11/04/18	Cirurgião: Dr. Moura			1º Assistente: Valdilson Ro	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: Imbelloni	Tipo Anestesia: Ropiv.	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura de diáfise tibial					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Omeprazol					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Reduzão Albert + Fixação Tríplice					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		10 JAN. 2019
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lit em PPH sob anestesia
Preparo t. histeroscópico
Colo, dia, Aprazível de campos estériles

Incisão: Inserção em 1/3 distal da ferida em
antero-medial

Dissecção nos planos anatômicos.

Achados: Fratura obliqua em talus E

Conduta: Redução cruenta + fixação aberta
com placas DCP com 10 furos com f
porfúrio esponjoso + 8 parafuso contínuos.
Ferida do ferimento com SFO.9%
Pós 1 de controle

Fechamento: Sutura + curativo + Tala

OBS:

Data: 11/04/18

Dr. Valdebins Correia Jr.
M.R. CRM-PB-0022
CRM-PB-0022
+ Maurili
MÉDICO/CRM

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. 24

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Mesma
antec睿fia L

Incisão:

esqro opulo
feto da d

Achados:

fjada extensa
lipsa cicatriz

Conduta:

curar

cale ferida
Do sit

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Roberto A. Santos
Dra - Traumatologista
031.000.1590

OBS:

Data: 31/9/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA

Dr Tiago - Hesp OncoTrauma -



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº:	CLÍNICA:	Orforech.
DO HOSPITAL:	Regional de Guarabira.	
PARA O HOSPITAL:	Complexo Hospitalar de Riozinho.	
MÉDICO ASSISTENTE:	Vitória Moro Júnior	DATA: 17/03/18

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:		
NOME:	Francisco da Costa da Silva.	SEXO: M.
PROFISSÃO:	DOCUMENTO: N°:	IDADE: 69.
ENDEREÇO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	ESTADO:	

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:		
Anamnese de mês. Observou-se sweat e doloroso seu orofaringe. Foi feita ressonância do fêmur e pubis e.		

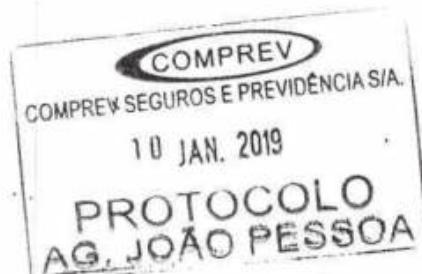
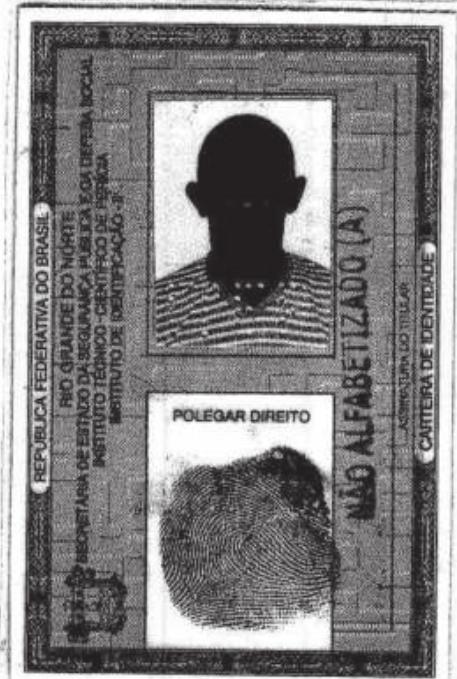
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
Leuprorelin 100mcg ev. 10		

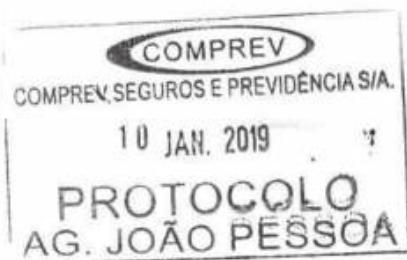
DIAGNÓSTICO:	Ressecção fêmur e pubis e.	
PROVÁVEL:	CID:	

Dr. José Edimilson B. Júnior Unidade - CRM 19637	
---	--

IDENTIFICADO DO DOCUMENTO (ADIMIN)

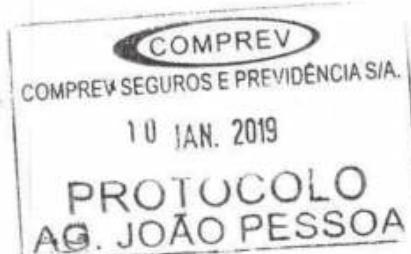






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:48:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111475691000000033026306>
Número do documento: 20092111475691000000033026306

Num. 34540757 - Pág. 28



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. 29

(Signature)

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPREZ 225049*

COMPRE & SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROCURAÇÃO

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
A. JOÃO PESSOA

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que @os 00 (zero) 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 Publicas, 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-sos, 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

(Signature)



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 lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrivário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ºVia-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO TAVARES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

