
Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212273

Vítima: FABIANO DE LIMA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212273

Vítima: FABIANO DE LIMA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000118164-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03384174437 4 - Nome completo da vítima: Fabiana de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fabiana de Lima 6 - CPF: 03384174437
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua José Estevão da Silva S/N
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: José Américo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-630
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria da Conceição de Lima
18 - CPF do Representante Legal: 288.209.324-15 19 - Profissão do Representante Legal: Recusado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0037 CONTA: 0018164 @

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03384174437 4 - Nome completo da vítima: Fabiana de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fabiana de Lima 6 - CPF: 03384174437
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua José Estevão da Silva S/N
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: José Américo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-630
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria da Conceição de Lima
18 - CPF do Representante Legal: 288.209.324-15 19 - Profissão do Representante Legal: Recusado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0037 CONTA: 0018164 @

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 025790.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 025790.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 14:30 min do dia 26/05/2020, na Delegacia Online, **MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DO LAR, natural de Pilar, nascido(a) em 27/09/1959, idade 60, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO e NAO INFORMADO, CPF 288.209.324-15, residente e domiciliado(a) no(a) RUA JOSE ESTEVES DA SILVA, nº 355, bairro JOSE AMERICO, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58000000, telefone(s) 83988307276, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 04/01/2020 21:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA RANIERE MAZILLI, CRISTO, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Declara que seu sobrinho FABIANO DE LIMA, brasileiro, solteiro, aposentado, CPF de n.º 033841744-37, RG de n.º 2514127 2º via, quando atravessava a rua, foi surpreendido por um veículo não identificado, sendo atropelado. Foi socorrido pelo BOMBEIROS para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido.

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


MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA

CDCB450B89578E90C5EF40EC64990599

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03384174437 4 - Nome completo da vítima: Fabiana de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fabiana de Lima 6 - CPF: 03384174437
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua José Estevão da Silva S/N
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: José Américo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-630
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria da Conceição de Lima
18 - CPF do Representante Legal: 288.209.324-15 19 - Profissão do Representante Legal: Recusado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0037 CONTA: 0018164 @

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000118164-9

Nr. da Autenticação 0853BBCC55E2DD5F

MARIA DA GUA LIMA DA SILVA
RUA JOSE ESTEVÃO DA SILVA S/N - JOSE AVERICÓ
JARDIM PESSOA / PB CEP: 58074-820 (AG. 5)

CNPJ/CNPJ/RAH: 941 678 534-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: E1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Linha: MONOFÁSICO
Roteiro: 8-5-410-3000 NP Medidor: D8654430953

 **energisa**



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/211127-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002111275



VALOR DA FATURA



VENCIMENTO

MARIA DA GUA LIMA DA SILVA
RUA JOSE ESTEVÃO DA SILVA S/N - JOSE AVERICÓ
JARDIM PESSOA / PB CEP: 58074-820 (AG. 5)

CNPJ/CNPJ/RAH: 941 678 534-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: E1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Linha: MONOFÁSICO
Roteiro: 8-5-410-3000 NP Medidor: D8654430953

 **energisa**



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/211127-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002111275

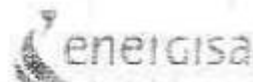


VALOR DA FATURA



VENCIMENTO

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento sem validade jurídica do CNPJ

NR 042.343.155

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - Crato - Paraíba - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183-0001-40 - Insc. Est. 15.918.828-0

DADOS DO CLIENTE	CBC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA	5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 09367.294171 1 82390000015083				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202001	28.04/2020	R\$ 150,83	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/0447-3				





Estado da Paraíba
Poder Judiciário
Comarca da Capital
3ª Vara de Família

Ref:

Processo nº 200990189-83

AÇÃO DE INTERDIÇÃO

Promovente: Maria da Conceição de Lima

Promovido: Fabiano de Lima

SENTENÇA

INTERDIÇÃO - RATIFICAÇÃO DA INICIAL -
INOCORRÊNCIA DE CONTESTAÇÃO -
CONCORDÂNCIA EXPRESSA DO MINISTÉRIO
PÚBLICO - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO.

Ratificadas as alegações da inicial pelo
interrogatório e pela apreciação médica, incorrendo
contestação e nada opondo o Ministério Público, julga-se
procedente o pedido.

Vistos, etc.

Maria da Conceição de Lima, devidamente
qualificada, por intermédio do serviço de assistência judiciária do Estado,
promoveu neste Juízo a presente Ação de Interdição de seu sobrinho
Fabiano de Lima, também qualificado, especificando os fatos que
revelam a anomalia psíquica do paciente.

Produziu com a inicial os documentos de fls., 05/13.

Citado e interrogado o interditando, não houve qualquer
impugnação. Aos autos foi apensada a comprovação médica do alegado
(fls. 28/29). Seguiu-se a intervenção do Ministério Público.



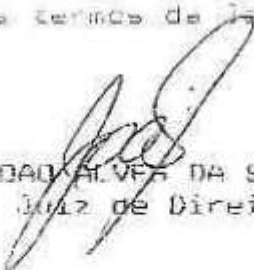
ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
3.ª VARA DE FAMÍLIA

Ofício nº 864/99

João Pessoa, 16/12/99

Sr. Oficial.

Determino a V. Sa. proceder à averbação, no Assento de NASCIMENTO, de INTERDIÇÃO de FABIANO DE LIMA, sendo curador MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA, conforme sentença do processo de Interdição, nº 200.99.016.088-3, promovido pelo referido(a) CURADOR(a), nos termos da lei vigente. Em anexo, cópia da sentença.


JOÃO ALVES DA SILVA
Juiz de Direito

Ass:
Ass: Sr.
Oficial do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais da Comarca
de SANTA RITA

Relatados, decido:

Ratificadas as alegações contidas na inicial pelo interrogatório do interditando e pela apreciação médica, inexistindo impugnação e nada opondo o Ministério Público, julgo procedente o pedido e, ante a incapacidade do requerido para gerir sua pessoa e seus bens, por ser "...portador de estado grave de retardo mental", anomalia psíquica que lhe retira a capacidade para administrar seus bens e gerir a sua pessoa" (fls. 28/29), decreto a sua INTERDIÇÃO para as atividades supra mencionadas, nomeando-lhe curadora, sob compromisso, a requerente Maria da Conceição de Lima.

Dispensó a curadora da especialização em hipoteca legal por não noticiarem os autos a existência de bens do interditado, assim como ser ela requerente pessoa reconhecidamente idônea. Intime-se a curadora nomeada para, no prazo de cinco (05) dias prestar o compromisso legal (art. 1.188, CPC). Alente a nomeada para o disposto nos artigos 422 a 431 da Lei Substantiva Civil, devendo prestar contas de dois em dois anos, através de procedimento em apenso ao presente (art. 919, CPC; art. 436, CC), bem como exibir balancete anual, caso receba rendas na administração de eventuais bens do paciente.

Transitada em julgado a presente decisão, inscreva-se a presente sentença no Registro de Pessoas Naturais, mediante mandado acompanhado de cópia da decisão, anotando-se a data do seu trânsito em julgado e os demais dados necessários, e procedam-se as publicações, obedecidas as prescrições do artigo 1.184 da Lei Processual Civil.

Sem custas.

P. R. e L.

João Pessoa, 29 de outubro de 1999.

as) João Alves da Silva - Juiz de Direito

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

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/DGCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fabiana de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.841.744/37
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiana de Lima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.841.744/37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1214508

PACIENTE: FABIANO DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 28.01.78

Data e Hora do Atendimento: 04.01.20

Horário: 21:43h

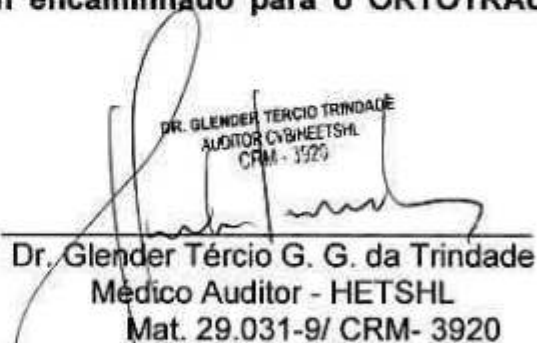
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento onde o mesmo não sabe precisar nada do ocorrido, dor no membro inferior esquerdo onde se evidencia deformidade e impotência funcional, desorientação, Glasgow 14/15. Atendido pelo Dr. Edinilson Carlos Pereira CRM 9058, Dr. Carlos Alberto Vieira CRM 6902, Dr. Jansen Henriques CRM 11385, Dr. Neuton Magalhaes CRM 5914.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA +
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA CID 10 S 82 3 e S 09 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da perna esquerda colocação de tala inguino-podálica e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 06.01.20 às 23:46h encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

Data da Emissão: 27.04.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUIE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1214508



Identificação do paciente				
ID 1473042	Nome FABIANO DE LIMA			Sexo Masculino
Data de nascimento 28/01/1978	Idade 41 anos 11 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DE LIMA	Pai MANOEL FELIX DE LIMA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO			UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/IR		
Endereço				
CEP 58067247	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO	
Número S/N	Complemento PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.		Bairro GRAMAME	
Admissão				
Data e Hora 04/01/2020 21:43:31	Número da pulseira 100007184450		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR MARTINIANO			
Sinais Vitais				
PA	K	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				Tempo 01min 05seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Salvador, Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1214508



Identificação do paciente

ID 1473042	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 40 anos 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO			
Estadocidade	Responsável (Parentesco) SGT GUTEMBERG - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58067247	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO
Numero S/N	Complemento PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 04/01/2020 21:43:31	Numero da pulseira 100007184450	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESSGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR MARTINIANO		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
----------------	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: <i>Atina de atropelamento, trajeto para</i> <i>equipe de resgate de bombeiros</i> <i>Elder Lima de Farias</i> <i>20.01.2020 - ENF</i>						

Diagnóstico	CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 01min 05seg

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome FABIANO DE LIMA						CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 28/01/1978	Idade 41A 11M 10D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDADA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura		
Nome da Mãe MARIA LUCIA DE LIMA				Nome da Pai MANOEL FELIX DE LIMA					
Endereço ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO				Bairro GRAMAME				Cep 58067247	
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 988307276			
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700			

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária		AP	Endereço
Motivo do encaminhamento			
Resultado de exames complementares			
CID	Data de encaminhamento		

Latânia Barreto
Médica
CRM/PA - 12265

Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Cirurgião: Raimundo Lúcio



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
FABIANO DE LIMA

Data de nascimento
28/01/1978

Mãe
MARIA LUCIA DE LIMA

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade
41a 11m 10d

BAE
1214508

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

Sexo
Masculino

CNS

Data Baixa

Telefone de
Contato
(83)
988307276
Prontuário

Bairro
GRAMAME

Município
JOAO PESSOA

Profissional
LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Data/Hora Prescrição
06/01/2020 23:46:04

UF
PB

Nº Cons.
Regional
12265/PB

Motivo
ATROPELAMENTO

ANAMNESE

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE. DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS. PACIENTE LIBERADO DA NEUROCIRURGIA E DA CIRURGIA GERAL CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, CONFORME PACTUAÇÃO STAFF: DR JOÃO HENRIQUE

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Laiana Karen Dantas Barreto
Médica
CRM/PB - 12265

Enfermeiro

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO
(CRM: 12265/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/01/2020 21:44:36



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUIE

o trabalho

Paciente
FABIANO DE LIMA

Data de nascimento
28/01/1978

Mãe
MARIA LUCIA DE LIMA

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade
41a 11m 9d

Motivo
ATROPELAMENTO

BAE
1214508

Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

Bairro
GRAMAME

Município
JOAO PESSOA

Profissional
**FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA
MAGALHAES**

Data/Hora Prescrição
05/01/2020 01:23:05

Data Baixa

Telefone de
Contato
(00) 00000000
Prontuário

UF
PB

Nº Cons.
Regional
5914/PB

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA # TCE LEVE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, HÁ CERCA DE 6H, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS, NEGA CERVICALGIA. TC DE CRÂNIO: NORMAL COND. - ALTA DA NEUROCIRURGIA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

Dr. Neuton Magalhães
Neurocirurgião Especialista em Trauma
CRM: 5914/PB (CRM: 5914/PB)
RQE 2020/2020 274007

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/01/2020 21:44:36



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
FABIANO DE LIMA

Data de nascimento
28/01/1978

Mãe
MARIA LUCIA DE LIMA

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade
41a 11m 10d

BAE
1214508 Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

Sexo
Masculino CNS

Data Baixa
2020-01-06
11:47:22.0
Telefone de
Contato
(83) 988307276
Prontuário

Bairro
GRAMAME Município
JOAO PESSOA

Motivo
ATROPELAMENTO

Profissional
FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
Data/Hora Prescrição
06/01/2020 01:23:05

UF
PB
Nº Cons.
Regional
5914/PB

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA # TCE LEVE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, HÁ CERCA DE 6H, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS. NEGA CERVICALGIA. TC DE CRÂNIO: NORMAL. COND.: ALTA DA NEUROCIRURGIA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Alta

Usuário
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
06/01/2020 11:47:22
Observações:

Enfermeiro

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

Bolson registra com o nome de usuário e senha de acesso ao sistema de informação hospitalar



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
FABIANO DE LIMA

Data de nascimento
28/01/1978

Mãe
MARIA LUCIA DE LIMA

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

BAE
1214508

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

Data Baixa
2020-01-06 11:47:22.0

Sexo
Masculino

CNS

Telefone de Contato
(83) 988307276
Prontuário

Bairro
GRAMAME

Município
JOAO PESSOA

UF
PB

Profissional
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

Nº Cons. Regional
6902/PB

Data/Hora Prescrição
06/01/2020 11:47:23

Motivo
ATROPELAMENTO

ANAMNESE

PCTE INGRESSA À ESSA UNIDADE, COM RELATO DE ATROPELAMENTO, ONDE O MESMO NÃO SABE PRECISAR NADA DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MIE ONDE SE EVIDENCIA DEFORMIDADE E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL. EGR, DESORIENTADO, GSW 14/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO. CD: TC DE CRANIO RX DE MIE PARECER DA NCR E ORTO ALTA DA CIR GERAL
(04/01/2020 22:29:55-EDMILSON CARLOS PEREIRA)

atropelamento deformidade na perna e tornozelo esq solicito rx
(05/01/2020 00:07:34-ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA)

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE: DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA PCT COM FRATURA DE TIBIA E FIBULA COM NECESSIDADE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR. APÓS AVALIAÇÃO DA NCR, REAVALIAR O PCT PARA DEFINIR CONDUTA
(06/01/2020 00:58:03-TIBERIO VANCIMARK CHAVES BEZERRA)

NEUROCIRURGIA # TCE LEVE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, HÁ CERCA DE 6H, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS. NEGA CERVICALGIA. TC DE CRÂNIO: NORMAL COND.: ALTA DA NEUROCIRURGIA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA
(06/01/2020 01:23:55-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHÃES)

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE: DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA PCT COM FRATURA DE TIBIA E FIBULA COM NECESSIDADE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR. APÓS AVALIAÇÃO DA NCR, REAVALIAR O PCT PARA DEFINIR CONDUTA
(06/01/2020 11:47:23-CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA ESQUERDA
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: MIE)

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia
S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
TEOT 13941



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593252

Paciente
PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Data de nascimento
01/01/1980

Mãe
NAO INFORMADO

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade
40a 4d

Motivo
ATROPELAMENTO

BAE
1214508

Sexo
Masculino

Bairro
GRAMAME

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

CNS

Município
JOAO PESSOA

Profissional
EDINILSON CARLOS PEREIRA

Data/Hora Prescrição
04/01/2020 22:20:59

Data Baixa

Telefone de
Contato
(00) 00000000
Prontuário

UF
PB

Nº Cons.
Regional
9058/PB

ANAMNESE

PCTE INGRESSA À ESSA UNIDADE, COM RELATO DE ATROPELAMENTO, ONDE O MESMO NÃO SABE PRECISAR NADA DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MIE, ONDE SE EVIDENCIA DEFORMIDADE E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL. EGR, DESORIENTADO, GSW 14/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO. CD: TC DE CRANIO RX DE MIE PARECER DA NCR E ORTO ALTA DA CIR GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA ESQUERDA

MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA

CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Edinilson Carlos Pereira
Médico Cirurgião Geral
CRM/PB 9058

EDINILSON CARLOS PEREIRA
(: 9058/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/01/2020 21:44:36



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente:
FABIANO DE LIMA

Data de nascimento
28/01/1978

Mãe:
MARIA LUCIA DE LIMA

Endereço:
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente:
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade:
41a 11m 9d

Motivo:
ATROPELAMENTO

BAE:
1214508

Sexo:
Masculino

Bairro:
GRAMAME

Data/Hora Entrada:
04/01/2020 21:43:31

CNS:

Município:
JOAO PESSOA

Profissional:
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

Data/Hora Prescrição:
06/01/2020 11:47:23

Data Baixa:
2020-01-06 11:47:22.0
Telefone de Contato:
(83) 988307276
Prontuário:

UF:
PB

Nº Cons. Regional:
6902/PB

ANAMNESE

PCTE INGRESSA À ESSA UNIDADE, COM RELATO DE ATROPELAMENTO, ONDE O MESMO NÃO SABE PRECISAR NADA DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MIE ONDE SE EVIDENCIA DEFORMIDADE E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL. EGR, DESORIENTADO, GSW 14/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO. CD: TC DE CRÂNIO RX DE MIE PARECER DA NCR E ORTO ALTA DA CIR GERAL
(04/01/2020 22:20:59-EDILSON CARLOS PEREIRA)

atropelamento deformidade na perna e tornozelo esq solicito rx
(05/01/2020 00:07:34-ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA)

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE: DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA ESQUERDAS CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA PCT COM FRATURA DE TIBIA E FIBULA COM NECESSIDADE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR. APOS AVALIAÇÃO DA NCR, REAVALIAR O PCT PARA DEFINIR CONDUTA
(05/01/2020 00:56:03-TIBERIO VANDIMAR CHAVES BEZERRA)

NEUROCIRURGIA # TCE LEVE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, HÁ CERCA DE 6H, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS. NEGA CERVICALGIA. TC DE CRÂNIO: NORMAL COND.: ALTA DA NEUROCIRURGIA ADS. CUIDADOS DA ORTOPEDIA
(06/01/2020 01:23:05-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHÃES)

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE: DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA ESQUERDAS CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA PCT COM FRATURA DE TIBIA E FIBULA COM NECESSIDADE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR. APOS AVALIAÇÃO DA NCR, REAVALIAR O PCT PARA DEFINIR CONDUTA
(06/01/2020 11:47:23-CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA ESQUERDA
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULAÇÃO TIBIO TARSICA ESQUERDO

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: MIE)

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia
S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22947
13.07.2020
Dr. Jansen Marques
CRM PB 11285
13.07.2020

Alta médica

Alta

Usuário

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

Motivo de Alta

ALTA MEDICA

Data e Hora

06/01/2020 11:47:22

Observações:

Enfermeiro


Dr. Carlos Alberto M. Vieira
CRM: 6902/PB

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Data de nascimento
01/01/1980

Mãe
NAO INFORMADO

Endereço
ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER DADOS.

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Idade
40a 4d

BAE
1214508

Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(90) 00000000
Prontuário

Bairro
GRAMAME

Município
JOAO PESSOA

UF
PB

Profissional
ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA

Nº Cons. Regional
9714/PB

Data/Hora Prescrição
05/01/2020 00:07:34

Motivo
ATROPELAMENTO

ANAMNESE

atropelamento deformidade na perna e tornozelo esq solicito rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9714 / TEOT 15886
ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA
(CRM: 9714/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/01/2020 21:44:36



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Data de nascimento
01/01/1980

Idade
40a 4d

BAE
1214508
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
04/01/2020 21:43:31

CNS

Data Baixa

Telefone de
Contato
(00) 00000000
Prontuário

Mãe
NAO INFORMADO

Endereço
**ALFAIATE SEVERINO DIAS DE BRITO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE
FORNECER DADOS.**

Bairro
GRAMAME Município
JOAO PESSOA

UF
PB

Acidente
OUTROS

Motivo
ATROPELAMENTO

Profissional
**TIBERIO VANOMARK CHAVES
BEZERRA**

Nº Cons.
Regional
8252/PB

Data/Hora Classificação
04/01/2020 21:43:31

Data/Hora Prescrição
05/01/2020 00:58:03

ANAMNESE

ORTOPEDIA PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA EX. FIS.: CONSCIENTE, POUCO ORIENTADO, POUCO COLABORATIVO MIE: DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA, SEM ALTERAÇÕES DE PULSO OU PERFUSÃO, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS CD: IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA PCT COM FRATURA DE TIBIA E FIBULA COM NECESSIDADE DE CORREÇÃO CIRÚRGICA AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR. APÓS AVALIAÇÃO DA NCR, REAVALIAR O PCT PARA DEFINIR CONDUTA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: MIE)

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

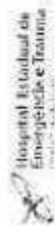
TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/01/2020 21:44:36

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
PB 8252/ROE 5489

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252/ROE 5489

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Idade:	04/01/2022
Usuário:	EDINILSON
Boleim:	1214508

Nome	PACIENTE NAO IDENTIFICADO		Data de Nascimento	01/01/1980	Idade	40a 4d	Sexo	MASCULINO	Nº	1214508	Nº Prontuário	04/01/2020 22:20:59
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		04/01/2020 22:21:00 - 05/01/2020 22:21:00							
Convenio	SUS		Matricula		Senha							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Permanência na	Permanência no
1 MONI	0,0						38min	

Relimpresso por:								
dia:								

EDINILSON CARLOS PEREIRA
CRM: 9058

Dr. Edinilson Carlos Pereira
Médico Clonológico Geral
CRM: 9058
Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição	
PACIENTE NAO IDENTIFICADO		01/01/1980		40a 4d	MASCULINO	1214508	05/01/2020 00:58:03	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
Convenio				Matrícula		Senha		
SUS				05/01/2020 00:58:00 - 06/01/2020 00:58:00				
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML				AGORA	
2	CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML				AGORA	

Reimpresso por:

dia:
Dr. Tibério Vanomark
Osteodesta/Cirurgia de Mão
CRM: 8252 / RQE 5489

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM: 8252

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendimento: 202000573323

Idade: 41 anos

Paciente: FABIANO DE LIMA

Data: 06/01/2020

Médico Solicitante: NEUTON MAGALHAES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Espessamento do revestimento mucoso/acúmulo de secreção nos seios maxilares.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 06/01/2020 10:00

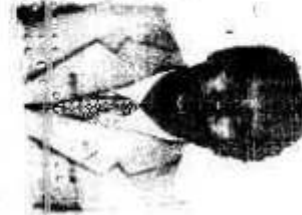


Dra. Maria Teresa Mayer
CRM :8595 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-001
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-236

Mariadelmeloção de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FABIANO DE LIMA

Nº de Inscrição **033841744-37** Data de Nascimento **28/01/78**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2.514.127 -2 VIA** DATA DE EXPEDIÇÃO **25/09/2014**

NOME **FABIANO DE LIMA**

FILIAÇÃO **MANOEL FELIX DE LIMA
MARIA LUCIA DE LIMA**

NATURALIDADE **SANTA RITA-PB** DATA DE NASCIMENTO **28/01/1978**

DOC ORIGEM **NASC.N.7800 FLS.192 LIV.A-07
CARTORIO SANTA RITA-PB.**

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/03/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **1.748.390 - 2ª VIA** DATA DE EXPEDIÇÃO **05/11/2015**

NOME **MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA**

FILIAÇÃO **ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO**

NATURALIDADE **PILAR-PB** DATA DE NASCIMENTO **27/09/1959**

DOC ORIGEM **CERT. NASC. Nº 7000 - LIV. A07 - FLS. 185 - CARTORIO SANTA RITA - PB**

CPF **288.209.324-15**

ASSINATURA DO DETENTOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-001
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-236

Mariadelmeloção de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FABIANO DE LIMA

Nº de Inscrição **033841744-37** Data de Nascimento **28/01/78**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2.514.127 -2 VIA** DATA DE EXPEDIÇÃO **25/09/2014**

NOME **FABIANO DE LIMA**

FILIAÇÃO **MANOEL FELIX DE LIMA
MARIA LUCIA DE LIMA**

NATURALIDADE **SANTA RITA-PB** DATA DE NASCIMENTO **28/01/1978**

DOC ORIGEM **NASC.N.7800 FLS.192 LIV.A-07
CARTÓRIO SANTA RITA-PB.**

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **1.748.390 - 2ª VIA** DATA DE EXPEDIÇÃO **05/11/2015**

NOME **MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA**

FILIAÇÃO **ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO**

NATURALIDADE **PILAR-PB** DATA DE NASCIMENTO **27/09/1959**

DOC ORIGEM **CERT. NASC. Nº 7000 - LIV. A07 - FLS. 185 - CARTÓRIO SANTA RITA - PB**

CPF **288.209.324-15**

ASSINATURA DO DETENTOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200212273 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO DE LIMA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria da Conceição de Lima brasileiro(a), estado civil solteira, profissão do lar, residente e domiciliado à Rua Jose Eduardo da Silva nº 514, bairro Jose Americo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58074-630, portador(a) do Rg nº 1.748.390, SSP/ PB e CPF nº 288.209.324-13

Outorgado: Jose Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte 151, bairro Marquês, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 58056-384, portador (a) do RG nº 1.748.390, SSP/ PB e CPF nº 288.209.324-13

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Bruno de Lima, ocorrido em 04/01/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza convalidação

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 28 de maio de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Maria da Conceição de Lima
Outorgante
CPF nº 288.209.324-13

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VB 1º OFÍCIO DE NOTAS
VIEIRA BATISTA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-017471

Reconheço por autenticidade a firma de

MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA

Dou fe, em testemunho de verdade, João Pessoa - PB, 28/05/2020 10:40:26

EMOL: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 FAIPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51

SEL DIGITAL: AJX94993-AHWE

Confira a autenticidade em <https://hidigital.tpb.jo.br>

RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164638/20

Vítima: FABIANO DE LIMA

CPF: 033.841.744-37

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MARIA DA CONCEICAO DE LIMA : 288.209.324-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

FABIANO DE LIMA : 033.841.744-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA