



Número: **0802060-18.2019.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ILARIO MEDEIROS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36834 220	19/11/2020 09:08	2765906_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377580

Vítima: ILARIO MEDEIROS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ILARIO MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14448277

Pag. 00979/00980 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190377580**

Vítima: ILARIO MEDEIROS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ILARIO MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ILARIO MEDEIROS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 0000012868-9

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,



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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilário Medeiros

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

Nome completo: Ilário Medeiros CPF: 100.982.624-75
Profissão: agricultor Endereço: Sítio Canaã do Costa Número: SIN Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pícu Estado: PB CEP: 58.187-000
E-mail: NILOTGAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3311-2231

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4916 CONTA: 12868 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? _____

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.

Local e Data: Pícu/PB, 10/06/19

Nome: _____

CPF: _____

Ilário Medeiros

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

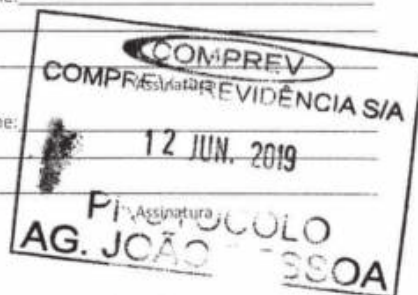
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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.

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 017/2019

Aos **21 de maio de 2019**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **ELIAS J. RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R S AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **18:15** horas, compareceu **ILARIO MEDEIROS**, conhecido(a) por **CHAMPOLA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **23 anos de idade**, nascido(a) aos **21/10/1995** em **PICUÍ – PB**, filho(a) de **MANUEL FIDÉLIS DE LIMA** e **MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **4.020.034 SSP/PB**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **100.982.624-75**, residindo no seguinte endereço **SITIO CANOA DO COSTA**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **PICUÍ – PB**, telefone: () , celular: **(83) 998859893**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE, na data de 19/02/2019, por volta das 09:00 horas, o noticiante trafegava na motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ANO/MODELO 1997, COR AZUL , PLACA MMU9972/PB, CHASSI 9C2JC250VVR078690, CÓDIGO RENAVAL 669768278 LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ DE OLIVEIRA COSTA, no Sítio Boi Morto, zona rural deste município de Nova Floresta/PB, quando "sobrou" numa das perigosas curvas que há nas estradas vicinais daquele trecho e no dia do acidente a estrada estava molhada devido as chuvas dos últimos dias; QUE, o noticiante perdeu o controle da motocicleta e caiu ao chão; QUE, ao cair, o noticiante não conseguiu levantar-se e só foi socorrido cerca de 20 minutos após o acidente por populares que passavam no local, os quais servem de testemunhas neste ato e levaram o noticiante, de carro, para o Hospital Regional de Picuí/PB, onde foi submetido aos primeiros socorros e diagnosticado com uma fratura de arco zigomático; QUE, o noticiante foi submetido a procedimento cirúrgico na fratura sofrida em decorrência do acidente um mês após o acidente naquele mesmo hospital; QUE, o noticiante ficou 2 dias internado no Hospital Regional de Picuí/PB e mais 2 dias após a realização do procedimento cirúrgico; QUE, recebeu atestado de 60 dias e, nesse período, ficou impossibilitado de trabalhar . Por esta razão veio a esta Depol noticiar o fato a fim de tomar as medidas cabíveis . **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 – Nome: LINDENILSON DANTAS COSTA, R.G. n.º 3864217 SSDS/PB, C.P.F. n.º 704.561.844-14.

Endereço: RUA SÃO SEVERINO , 101 CENTRO - NOVA FLORESTA/PB.

2 – Nome: LETICIA DANTAS COSTA, R.G. n.º 4.150.052 SSP/PB, C.P.F. n.º 704.562.904-43.

Endereço: RUA SÃO SEVERINO, 101 CENTRO NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 21 DE MAIO DE 2019.

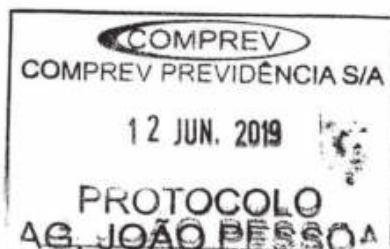


Ilario medeiros

ILARIO MEDEIROS
Noticiante

Leandro S Azevedo

LEANDRO S AZEVEDO
Escrivão Ad hoc
Mat. 180.296-8



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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilário Medeiros

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

Nome completo: Ilário Medeiros CPF: 100.982.624-75
Profissão: agricultor Endereço: Sítio Canaã do Costa Número: SIN Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pícu Estado: PB CEP: 58.187-000
E-mail: NILOTGAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3311-2231

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4916 CONTA: 12868 9

(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.

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, §3º, 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

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: _____ 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.

Local e Data: Pícu/PB, 10/06/19

Nome: _____

CPF: _____

Ilário Medeiros

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

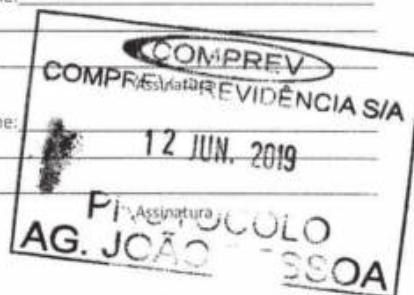
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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.



SUS		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
CODIGO DA UNIDADE: 2157110	CGC/CNPJ: 08.778.268.0001/60		
HOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI			
END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO			
MUNICIPIO: PICUI	ESTADO: PARAIBA	UF: 25	
Nome: ILARIO MEDEIROS			
Raça/Cor: PARDA			
DL Nasc: 21/10/1995	Idade: 23 ano(s)	mês(es) de idade	dia(an) de idade
Mãe: MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS		Sexo: M	
Profissão: AGRICULTOR	Documento: 4020634		
Lidatemp: ST CARLOS DO COSTA	Nº: 0		
Bairro: ZONA RURAL			
Município/CEP/IBGE: PICUI - PB - 58187000 - 251140	CNS: 700001857187270		
Telefone para contato: (03) 9900 0000 /			
Data e Hora: 19/02/2019 09:08:37	SSW	TEMP:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Paciente vítima de ataque de			
coro, tratado por terceiros em			
atendimento em pronto socorro.			
Exame físico normal.			
COMPREV EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		COMPREV PROVIDÊNCIA S/A	
12 JUN. 2019			
PROTOCOLO		AG. JOÃO PESSOA	
RESULTADOS			
RECEPCIONISTA: HRP			

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
1. Spr. 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg, 500mg, 600mg, 700mg, 800mg, 900mg, 1000mg, 1200mg, 1500mg, 2000mg, 3000mg, 4000mg, 5000mg, 6000mg, 7000mg, 8000mg, 9000mg, 10000mg, 12000mg, 15000mg, 20000mg, 30000mg, 40000mg, 50000mg, 60000mg, 70000mg, 80000mg, 90000mg, 100000mg, 120000mg, 150000mg, 200000mg, 300000mg, 400000mg, 500000mg, 600000mg, 700000mg, 800000mg, 900000mg, 1000000mg, 1200000mg, 1500000mg, 2000000mg, 3000000mg, 4000000mg, 5000000mg, 6000000mg, 7000000mg, 8000000mg, 9000000mg, 10000000mg, 12000000mg, 15000000mg, 20000000mg, 30000000mg, 40000000mg, 50000000mg, 60000000mg, 70000000mg, 80000000mg, 90000000mg, 100000000mg, 120000000mg, 150000000mg, 200000000mg, 300000000mg, 400000000mg, 500000000mg, 600000000mg, 700000000mg, 800000000mg, 900000000mg, 1000000000mg, 1200000000mg, 1500000000mg, 2000000000mg, 3000000000mg, 4000000000mg, 5000000000mg, 6000000000mg, 7000000000mg, 8000000000mg, 9000000000mg, 10000000000mg, 12000000000mg, 15000000000mg, 20000000000mg, 30000000000mg, 40000000000mg, 50000000000mg, 60000000000mg, 70000000000mg, 80000000000mg, 90000000000mg, 100000000000mg, 120000000000mg, 150000000000mg, 200000000000mg, 300000000000mg, 400000000000mg, 500000000000mg, 600000000000mg, 700000000000mg, 800000000000mg, 900000000000mg, 1000000000000mg, 1200000000000mg, 1500000000000mg, 2000000000000mg, 3000000000000mg, 4000000000000mg, 5000000000000mg, 6000000000000mg, 7000000000000mg, 8000000000000mg, 9000000000000mg, 10000000000000mg, 12000000000000mg, 15000000000000mg, 20000000000000mg, 30000000000000mg, 40000000000000mg, 50000000000000mg, 60000000000000mg, 70000000000000mg, 80000000000000mg, 90000000000000mg, 100000000000000mg, 120000000000000mg, 150000000000000mg, 200000000000000mg, 300000000000000mg, 400000000000000mg, 500000000000000mg, 600000000000000mg, 700000000000000mg, 800000000000000mg, 900000000000000mg, 1000000000000000mg, 1200000000000000mg, 1500000000000000mg, 2000000000000000mg, 3000000000000000mg, 4000000000000000mg, 5000000000000000mg, 6000000000000000mg, 7000000000000000mg, 8000000000000000mg, 9000000000000000mg, 10000000000000000mg, 12000000000000000mg, 15000000000000000mg, 20000000000000000mg, 30000000000000000mg, 40000000000000000mg, 50000000000000000mg, 60000000000000000mg, 70000000000000000mg, 80000000000000000mg, 90000000000000000mg, 100000000000000000mg, 120000000000000000mg, 150000000000000000mg, 200000000000000000mg, 300000000000000000mg, 400000000000000000mg, 500000000000000000mg, 600000000000000000mg, 700000000000000000mg, 800000000000000000mg, 900000000000000000mg, 1000000000000000000mg, 1200000000000000000mg, 1500000000000000000mg, 2000000000000000000mg, 3000000000000000000mg, 4000000000000000000mg, 5000000000000000000mg, 6000000000000000000mg, 7000000000000000000mg, 8000000000000000000mg, 9000000000000000000mg, 10000000000000000000mg, 12000000000000000000mg, 15000000000000000000mg, 20000000000000000000mg, 30000000000000000000mg, 40000000000000000000mg, 50000000000000000000mg, 60000000000000000000mg, 70000000000000000000mg, 80000000000000000000mg, 90000000000000000000mg, 100000000000000000000mg, 120000000000000000000mg, 150000000000000000000mg, 200000000000000000000mg, 300000000000000000000mg, 400000000000000000000mg, 500000000000000000000mg, 600000000000000000000mg, 700000000000000000000mg, 800000000000000000000mg, 900000000000000000000mg, 1000000000000000000000mg, 1200000000000000000000mg, 1500000000000000000000mg, 2000000000000000000000mg, 3000000000000000000000mg, 4000000000000000000000mg, 5000000000000000000000mg, 6000000000000000000000mg, 7000000000000000000000mg, 8000000000000000000000mg, 9000000000000000000000mg, 10000000000000000000000mg, 12000000000000000000000mg, 15000000000000000000000mg, 20000000000000000000000mg, 30000000000000000000000mg, 40000000000000000000000mg, 50000000000000000000000mg, 60000000000000000000000mg, 70000000000000000000000mg, 80000000000000000000000mg, 90000000000000000000000mg, 100000000000000000000000mg, 120000000000000000000000mg, 150000000000000000000000mg, 200000000000000000000000mg, 300000000000000000000000mg, 400000000000000000000000mg, 500000000000000000000000mg, 600000000000000000000000mg, 700000000000000000000000mg, 800000000000000000000000mg, 900000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000mg, 10000000000000000000000000mg, 12000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000mg, 20000000000000000000000000mg, 30000000000000000000000000mg, 40000000000000000000000000mg, 50000000000000000000000000mg, 60000000000000000000000000mg, 70000000000000000000000000mg, 80000000000000000000000000mg, 90000000000000000000000000mg, 100000000000000000000000000mg, 120000000000000000000000000mg, 150000000000000000000000000mg, 200000000000000000000000000mg, 300000000000000000000000000mg, 400000000000000000000000000mg, 500000000000000000000000000mg, 600000000000000000000000000mg, 700000000000000000000000000mg, 800000000000000000000000000mg, 900000000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000000mg, 10000000000000000000000000000mg, 12000000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000000mg, 20000000000000000000000000000mg, 30000000000000000000000000000mg, 40000000000000000000000000000mg, 50000000000000000000000000000mg, 60000000000000000000000000000mg, 70000000000000000000000000000mg, 80000000000000000000000000000mg, 90000000000000000000000000000mg, 100000000000000000000000000000mg, 120000000000000000000000000000mg, 150000000000000000000000000000mg, 200000000000000000000000000000mg, 300000000000000000000000000000mg, 400000000000000000000000000000mg, 500000000000000000000000000000mg, 600000000000000000000000000000mg, 700000000000000000000000000000mg, 800000000000000000000000000000mg, 900000000000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000000000mg, 10000000000000000000000000000000mg, 12000000000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000000000mg, 20000000000000000000000000000000mg, 30000000000000000000000000000000mg, 40000000000000000000000000000000mg, 50000000000000000000000000000000mg, 60000000000000000000000000000000mg, 70000000000000000000000000000000mg, 80000000000000000000000000000000mg, 90000000000000000000000000000000mg, 100000000000000000000000000000000mg, 120000000000000000000000000000000mg, 150000000000000000000000000000000mg, 200000000000000000000000000000000mg, 300000000000000000000000000000000mg, 400000000000000000000000000000000mg, 500000000000000000000000000000000mg, 600000000000000000000000000000000mg, 700000000000000000000000000000000mg, 800000000000000000000000000000000mg, 900000000000000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000000000000mg, 10000000000000000000000000000000000mg, 12000000000000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000000000000mg, 20000000000000000000000000000000000mg, 30000000000000000000000000000000000mg, 40000000000000000000000000000000000mg, 50000000000000000000000000000000000mg, 60000000000000000000000000000000000mg, 70000000000000000000000000000000000mg, 80000000000000000000000000000000000mg, 90000000000000000000000000000000000mg, 100000000000000000000000000000000000mg, 120000000000000000000000000000000000mg, 150000000000000000000000000000000000mg, 200000000000000000000000000000000000mg, 300000000000000000000000000000000000mg, 400000000000000000000000000000000000mg, 500000000000000000000000000000000000mg, 600000000000000000000000000000000000mg, 700000000000000000000000000000000000mg, 800000000000000000000000000000000000mg, 900000000000000000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000000000000000mg, 10000000000000000000000000000000000000mg, 12000000000000000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000000000000000mg, 20000000000000000000000000000000000000mg, 30000000000000000000000000000000000000mg, 40000000000000000000000000000000000000mg, 50000000000000000000000000000000000000mg, 60000000000000000000000000000000000000mg, 70000000000000000000000000000000000000mg, 80000000000000000000000000000000000000mg, 90000000000000000000000000000000000000mg, 100000000000000000000000000000000000000mg, 120000000000000000000000000000000000000mg, 150000000000000000000000000000000000000mg, 200000000000000000000000000000000000000mg, 300000000000000000000000000000000000000mg, 400000000000000000000000000000000000000mg, 500000000000000000000000000000000000000mg, 600000000000000000000000000000000000000mg, 700000000000000000000000000000000000000mg, 800000000000000000000000000000000000000mg, 900000000000000000000000000000000000000mg, 1000000000000000000000000000000000000000mg, 1200000000000000000000000000000000000000mg, 1500000000000000000000000000000000000000mg, 2000000000000000000000000000000000000000mg, 3000000000000000000000000000000000000000mg, 4000000000000000000000000000000000000000mg, 5000000000000000000000000000000000000000mg, 6000000000000000000000000000000000000000mg, 7000000000000000000000000000000000000000mg, 8000000000000000000000000000000000000000mg, 9000000000000000000000000000000000000000mg, 100mg, 12000000000000000000000000000000000000000mg, 15000000000000000000000000000000000000000mg, 200mg, 300mg, 400mg, 500mg, 600mg, 700mg, 800mg, 900mg, 1000mg, 1200mg, 1500mg, 2000mg, 3000mg, 4000mg, 5000mg, 6000mg, 7000000000000000	

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:	19/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ILARIO MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000012868-9

Nr. da Autenticação 4954AC1844C60972



Num. 36834220 - Pág. 8

Hipercard



72110982302107000000544630 060119



CTC RECIFE PE PUB PC-16

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB

Postagem: 06/03/2019
Vencimento: 17/03/2019
Emissão: 02/03/2019
Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	937,69
Pagamento efetuado em 11/03/2019	937,69
Saldo financeiro	0,00
Encargos (financeiros e incidentes)	0,32
Pagamentos abatidos	1.192,11
Total desta fatura	1.192,43

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

131,59
+23x 131,59

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quanto entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total do crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	1.192,43
Retenção de recursos Parâmetro	90,00

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)
03/10	EBANX-TRA	05/06 19,90
18/12	FARMACIA VETERINARIA	03/01 126,68
24/12	TORRA TORRA BUOUTO	03/04 88,17
24/12	HNA*OBOTICARIO	03/04 63,45
23/01	ANIFRANCIO SOLU	02/02 77,55
06/02	BRAZIL ATACADO	CAMPINA GRANDE 269,62
07/02	FARMACIAS PAGUE ME	01/02 44,53
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	BOACO PE VACA 80,90

Continuar...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento: 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000
Nome do Pagador/CNPJ: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
Nome do Beneficiário/CNPJ: HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 09.012.230/0001-65
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251, 1ª A. GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número: 175/55717798-8
Valor do documento: R\$ 1.192,43
Data de emissão: 02/03/2019

recibo do pagador

Autenticação Mensura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 09:08:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111909084810400000035156552

Número do documento: 20111909084810400000035156552



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: 4020-1596 / 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 021 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/DOCORIGINAL.ASPX?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 NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ILARIO MEDeiros

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 100 982 624, 75

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ILARIO MEDeiros

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 100 982 624, 75, 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo

Número: 145

Complemento: _____

Bairro: JK

Cidade: Picuí

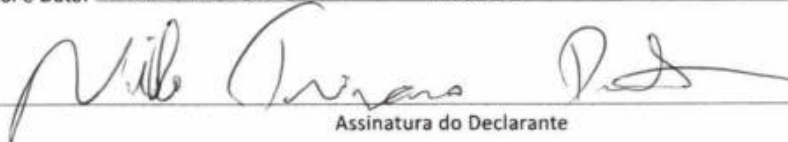
Estado: PB

CEP: 58187-000

E-mail: nilotdantas@hotmail.com

Tel. (DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 10 de JUNHO de 2019.



Assinatura do Declarante

DLDR01 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

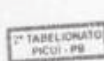
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 021 91 35

Eu, Jose de Oliveira Costa
RG nº 1.932.851, data de expedição 13/05/2013,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 027.363.784-31,
com domicílio na cidade de Picuí, no Estado de PB,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Solha da Cotiqueira, nº 51N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Ilário Rodrigues, cujo o condutor era
o mesmo.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 25 TITAN Ano: 1997
Placa: MMV99721PB Chassi: 9C2JC250VV R078690
Data do Acidente: 19/02/2019

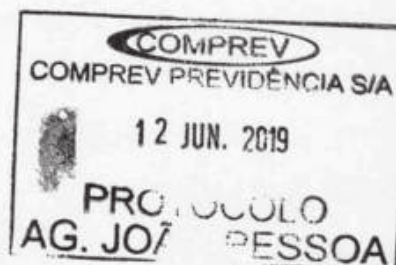
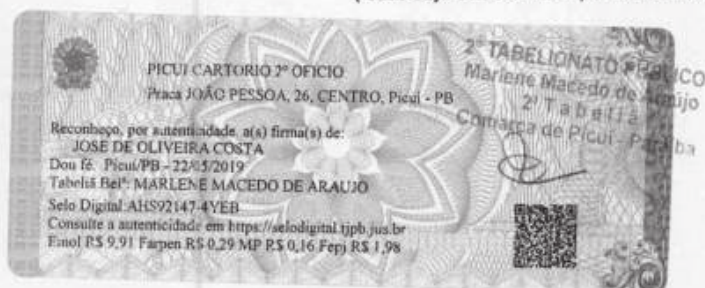
Local e Data: Picuí - PB, 22 de maio de 2019

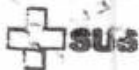


Jose de Oliveira Costa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Flávio Medeiros

4 - Nº DO PROTOCOLO

94977

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10460657187870

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/95

7 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Maria de Fátima Medeiros

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Medeiros

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Carlos do Carmo

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - CÓD. DO MUNICÍPIO

281140

16 - UF

PB

17 - CEP

58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Comprometimento de acid b e de metabolismo (S.P.), apresentando
fratura de zênite D.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

01 - acidente

Hospital Regional de Picui.
Atesto conforme o original.
Picui, 25/03/2019
Arquivo Médico

Assinatura de Lina D. Freitas
Assistente Adm. - 210996-4

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

01 - acidente

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de zênite D

22 - CID 10 PRINCIPAL

S02.4

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Red. cirúrgico + osteossíntese

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020704

27 - CLÍNICA

emergência

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

emergência

29 - DOCUMENTO

() CNB () CPF

30 - Nº DO DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

046208534-760

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Edley B. B.

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/02/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Carimbo: Conselho Regional de Odontologia - 1º Distrito - 2019-2021

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNIE DA EMPRESA

42 - CBO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

() CNB () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA





Número do documento: 20111909084810400000035156552



NOME: Ilário Medeiros		IDADE: 23		PRONTUÁRIO N°: 94.977						
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Fratura de zigoma D		ENFERMARIA: 207-1		DATA DA INTERNAÇÃO: 18.03.2019						
				DATA ATUAL: 18.03.2019						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DIÁRIA						
N°		1	2	3	4	5	6	7	8	
2	Dieta zero até 2º ordem	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Paciente vítima de acidente de moto (SIP) apresentando traumatismo na face.
3	S.F 0,9% 1000 ml EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Ao exame clínico: equimose periorbicular D, presença de deformidade óssea traumática na região de zigoma E.
4	S.G 5% 500 ml EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Ao exame radiográfico: presença de imagem compatível com fratura de zigoma D.
5	Cefalotina 1g EV de 6/6h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	HD: Fratura de zigoma D.
6	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	OBS: Paciente sem comorbidades. Não refere alergia a medicamentos.
7	Tilatil 40mg 1 ampola EV 1x ao dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Exames realizados: hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, ECG + risco cirúrgico, Rx de face.
8	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 1x ao dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	EV	Submetido à redução cruenta da fratura de zigoma D + osteossíntese com miniplaca orbital 2.0 de 5 furos + 4 parafusos corticais.
9	Decúbito dorsal em 0º									
10	Cuidados Gerais									
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia Dentais
Bucal-Maxilo-Facial/Implantes 208.514-74
CRO RJ: 3648 - CPF: 046.208.514-74



MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 01

Paciente: Ilário Medeiros

Médico: Dr. Edley

Aux.: _____

Anest.: Dr. Vilina

Diagnóstico: Fratura de fêmur D1

Tratamento: CIRÚRGICO

Anestesia: geral

Início: _____

Término: _____

Enfer.: 07 Leito: 01

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD	FIOS	QTD
ALFENTA AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5		CAT GUT CROMADO Nº	
DIAZEPAM AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7		CAT GUT CROMADO Nº	
DIMORF AMP mg		AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	01	CAT GUT CROMADO Nº	
DOLANTINA AMP		AGULHA PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DORMONID AMP		AGULHA RAQUI Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
ETOMIDATO AMP		ALCOOL À 70%	02	CAT GUT SIMPLES Nº	
FENTANIL AMP	02	ALGODÃO ORTOPEDICO		ETHIBOND	
HALOTHANO		AR COMPRIMIDO		FIO DE ALGODÃO C/A	
HYPOCAINA 2%		ATADURA DE CREPOM cm		FIO DE ALGODÃO S/A	
ISOFURINE		ATADURA GESSADA cm		MONONYLON Nº	
KETALAR		BOLSA P COLOSTOMIA		MONONYLON Nº	
LIDOCAINA		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº 4-0	02
NARCAN AMP		CATETER P/ O2	01	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NILPERIDOL AMP		CLOHEXIDINA	02	PROLENE Nº	
PANCURON AMP		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº 3-0	01
PROPOFOL AMP	02	COMPRESSA GRANDE	05	VICRYL Nº	
QUELICIN		DEPOSITO ANATOMOPATOLOGICO P.M.G.			
SEVORONE		DRENO			
THIOPENTAZ FRASCO		DRENO HEMOVAC/SUCÇÃO Nº		SOROS	QTD
TRACUR AMP		DRENO PENROSE Nº		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
XYLESTESIN FRASCO		ELETRODO	05	S.F. A 0,9% FRASCO 250ml	
MEDICAÇÕES	QTD	EQUIPO DE SANGUE		S.F. A 0,9% FRASCO 500ml	02
ADRENALINA AMP		EQUIPO MACROGOTAS		S.G. A 5% FRASCO 500ml	
AGUA DESTILADA AMP		ESPARADRAPO	02	S.R. FRASCO 250ml	
AMICACINA 250 mg		ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 500ml	01
AMINEFILINA		FIO DE KIRSCHNER Nº			
ATROPINA		GAZES ESTEREIS	02		
BENZETACIL AMP		GEL CONDUTOR	02		
BROMOPRIDA		INTRACATH ADULTO		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
CEDILANIDE AMP		JELCO Nº			
CEFALOTINA 1g F/AMP		KIT METICELULOSE			
CEFTRIAXONA 1g	02	LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CIMETIDINA AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº15	01		
DECADRON AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
DIPIRONA AMP		LENTE INTRA OCULAR			
EFEDRINA AMP		LUVAS Nº 6,5			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 7,0			
GARAMICINA AMP mg		LUVAS Nº 7,5	03		
GLICOSE AMP		LUVAS Nº 8,0			
HETHERGIN		LUVAS Nº 8,5		EQUIPAMENTOS	
HIDRALAZINA		LUVAS P/PROCEDIMENTO	02	ASPIRADOR	(04)
HIDROCORTISONA AMP mg		MICROPORE		BISTURI ELETRICO	()
KANAKION AMP		OXIGÊNIO L/M	02	CARDIOMONITOR	(4)
LASIX AMP		PVPI DEGERMANTE		DESFIBRILADOR	()
METRONIDAZOL AMP		PVPI TÓPICO	02	ESPIGNOMANOMETRO	(04)
NAUSEDON AMP	01	SCALP Nº		FOCO AUXILIAR	()
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		FOCO CENTRAL	(04)
OXITOCINA		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml	02	OXIMETRO DE PULSO	(04)
PLASIL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 20 ml			
PROSTGIME		SERINGA DESCARTAVEL 3 ml	01		
TENOXICAN mg		SERINGA DESCARTAVEL 5 ml	01		
TRASAMIM AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
VITAMINA K		SONDA NASOGÁSTRICA Nº			
VOLTAREN AMP		SONDA URETRAL Nº 14	01		
Buscopam composto	01	TELA CIRURGICA			
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,5	01		
				CIRCULANTE	



FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Ilário Medeiros Idade 23 Sexo ☒ M ☐ FAdmissão 18/03/19 Clínica Cirúrgico Ala Cirurgia Geral Enf. 227 Leito 01Diagnóstico Fratura de Bêbema 'D'Infecção ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ ComunitáriaTopografia Infecção ☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ S.N.C. ☐ Ferida Cirúrgica
☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ Respiratória ☐ Pele / TSC ☐ OutrosProcedimento Realizado ☐ Biópsia ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia
☐ Cateter Venoso ☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Diálise ☐ Flebotomia
☐ Endoscopia ☐ Hemoterapia ☐ Nebulizador ☐ Punção Venosa
☐ NP ☐ Punção Lombar ☐ Punção Abdominal ☐ Punção Torácica
☐ Traqueostomia ☒ Tubo Endotraqueal ☐ Outros

Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Redução e fixação com Osteossintese com Anestesia geralData 18/03/19 Tempo 00:30 mini placa☒ Limpa ☐ Infectada ☒ Eletivo ☐ G P
☐ Potenc. Contaminada ☐ Urgência ☐ P P
☐ Contaminada ☐ Emergência ☒ M P

EQUIPE

Cirurgião Dr. Edgley AuxiliarInstrumentador Anestesista Dr. VieiraRAIO X NA SALA ☐ Sim ☒ NãoUSO DE ANTIBIÓTICO ☒ Profilático ☐ Terapêutico

NOME	<u>Clayton</u>	NOME	
DOSE / DIA	<u>2g</u>	DOSE / DIA	
DURAÇÃO	<u>no ato cirúrgico</u>	DURAÇÃO	

BACTERIOLOGIA

GRAM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CULTURA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Obs:

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorando ☐ À Pedido☐ Inalterado Causa:

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Belo Horizonte - Minas Gerais
CPF: 046.288.574-74
Médico Assistente

C.C.I.H





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Padre Tiago Gomes"

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <i>Ilário Medeiros</i>		
Data da operação: <i>18.03.19</i>	Enf.: <i>207</i>	Leito: <i>01</i>
Operador: <i>Dr. Edgley</i>		1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <i>Dr. Vilela</i>		Tipo de Anestesia: <i>geral</i>
Diagnóstico Pré-operatório: <i>Fratura de zygoma D</i>		
Tipo de operação: <i>Red. cruenta + osteomíntica com miniplaca</i>		
Diagnóstico Pós-operatório: <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista: <i>no houve</i>		
Exame Radiológico no Ato: <i>no houve</i>		
Acidente durante a operação: <i>no houve</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras		
<ol style="list-style-type: none"><i>1. Curota após enf. fronte-zygomática</i><i>2. Incisões lineares</i><i>3. Redução dos planos fasciais</i><i>4. Reposição do fragm. d. fratura d. zygoma D</i><i>5. Redução cruenta e fixação</i><i>6. Tapanação orelha</i><i>7. Osteomíntica com miniplaca orbital d. 5 furos + 4 perfurações artecais</i><i>8. Sutura dos planos com fio vicryl 3-0</i><i>9. Sutura d. pele com fio mononylon 4-0</i><i>10. Curto compressão</i>		
<p><i>Dr. Edgley Porto</i> Cirurgia e Traumatologia Ortopedia Maxilo-Facial/Implantes Dentais CRM: 1044 - CFP: 046 254 374-74</p>		





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME <i>Ilário Medeiros</i>		IDADE <i>23^º</i>	SEXO <i>M</i>	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de Bêloma 'D'</i>		CATEGORIA <i>SUS</i>	DATA <i>18.03.19</i>	
OPERAÇÃO REALIZADA <i>Redução incremental + osteossíntese com mini placa</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Edgley</i>		AUXILIAR	ANESTESISTA <i>Dr. Vilela</i>	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
CÓDIGO	220			
	200			
	180			
	160			
	140			
	120			
	100			
	80			
	60			
	40			
20				
Pré-Anestésico				
<input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raquiana <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio de Flexo <input type="checkbox"/> Outras				
Técnica				
Venoclise				
Início		Término		Duração minutos
AGENTES DOSES		LÍQUIDO		ML
<i>PENTAMIL 1000</i>		<i>S. FISOL 0,9%</i>		<i>1000</i>
<i>PROPOFOL 100</i>				
<i>DEXAMETASONA 4</i>				
<i>KUSOPAKI COMIPSAI</i>				
<i>ONDANSETRONA 4</i>				
<i>RANITIDINA 5</i>				
<i>CETACLOX 1g</i>				
OBS:				

[Handwritten signature]





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua: Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg.

Nº do Docum.

94911
4.020034

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: <u>Ilario Medeiros</u>		
Data do Nasc. <u>21/10/95</u>	Sexo: Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Femin. <input type="checkbox"/>	
Idade: <u>23</u>	Fone:	
Endereço: <u>81 Camoã do Costa</u>		
Bairro:	Cidade: <u>Picuí</u>	
Profissão: <u>agente</u>		
Entrada: <u>18/03/19</u>	Alta: <u>/ /</u>	Óbito: <u>/ /</u>
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Pai: <u>Manoel Fideles Lima</u>		
Mãe: <u>M^c de Fátima Medeiros</u>		
Responsável: <u>M^c de Fátima Medeiros</u>		
Médico Assistente: <u>Dr. Celso G. B.</u>		
Diag. Definitivo: <u>fractura de zênite</u>		
Tratamento: <u>Red. curativo + osteossíntese com miniplaca</u>		





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 94977

Nº do Docum. 402034

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Glauco Medeiros

Responsável: Mãe de Glauco Medeiros

Pai: Marcos Fidelis Lima

Mãe: Mãe de Glauco Medeiros

Prof.: Aguiar

Data Nasc.: 21/10/1995

Idade: 23

Endereço: Serra Camões do Café

Bairro: _____

Cidade: Picuí

Est. Civil: Sol

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura de zygoma

Tratamento efetuado no hospital: Redução e fixação +
osteossíntese com miniplaca

Exames realizados: Hemograma, Coagulograma, glicemia
em jejum, BCG + rinite crônica

Internado em 18/03/19

Alta em 1

Arquivista

Obito por Porto

Dr. L. L. L.

Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-facial/Implantes Dentais

Telefone: (83) 3371-2554/2990

Celular: 3199-57474

Assistente





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - "Felipe Tiago Gomes"

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Ilário Medeiros, RG: 4.020.034**, nascido(a): **21/10/1995**, declarou ser: **Agricultor, Residente no Sítio Canoa do Costa, - Picuí -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **18/02/2019. Vítima de Acidente de Moto** para tratamento Cirúrgico **CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no SAME (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 25 de Março de 2019.

Dr. Edgley Porto
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial/Implantes Dentais
CRO - PB - 3848 - CPF: 046.293.574-74

Dr. Edgley Porto

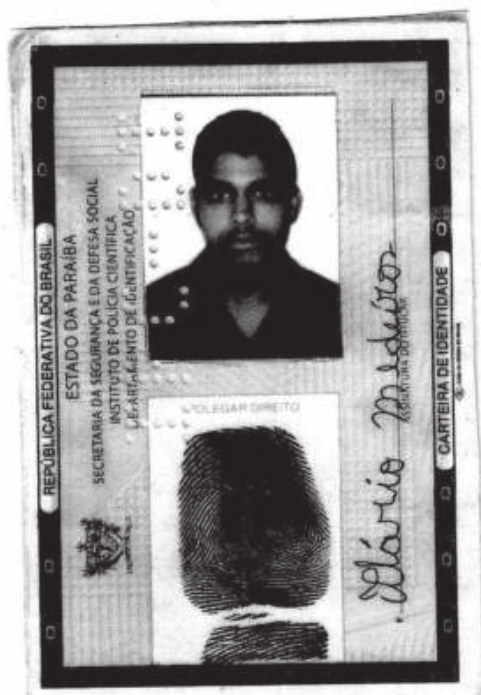
Cirurgia e Traumatologia

Buco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15
Bairro: Monte Santo
Picuí - PB
CEP - 58.187-000
Fone/Fax - (83) 3371-2990
CNPJ - 03.515.174/0001-85 UTB-14009-00
hospitalregionaldepicui@gmail.com





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377580 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ILARIO MEDEIROS **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 8

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Ilário Medeiros, brasileiro(a),
solteiro, agricultor, portador(a) do RG nº.
4.020.034 expedido por SSP/PB em 05/01/2012 e do CPF nº.
100.982.624-75, residente na (o)
Sítio Canoa do Costa - S/N - Zona rural
município de Picuí - PB, CEP 58.187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

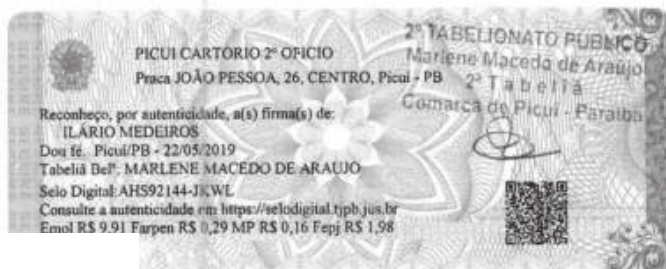
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ILÁRIO MEDEIROS, ocorrido em 19/02/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, 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.

Picuí - PB, 22 de maio de 2019.

1º TABELIONATO
PICUÍ - PB

Ilário Medeiros
outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200236/19

Vítima: ILARIO MEDEIROS

CPF: 100.982.624-75

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ILARIO MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

ILARIO MEDEIROS : 100.982.624-75

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: 12/06/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

