



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
<b>ILARIO MEDEIROS (AUTOR)</b>	<b>NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36834 220	19/11/2020 09:08	<a href="#"><u>2765906_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14448277

Pag. 00979/00980 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020490



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

Num. 36834220 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilario Medeiros

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

Nome completo: Ilario Medeiros  
 Profissão: agricultor Endereço: Sítio Canoa do Cesta  
 Bairro: Zona Rural Cidade: Picuí Estado: PB CEP: 58.187-000  
 E-mail: NILUTJAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3331-2231

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

### RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

Pelo meio aviso assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: 12/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(\*) 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 N° 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, ai, 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 N° **4.020.034 SSP/PB**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de N° **100.982.624-75**, residindo no seguinte endereço **SITIO CANOA DO COSTA**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **PICUÍ – PB**, telefone: ( ) **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 RENAVAM 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 viscinais daquele trecho e no dia do acidente a estrada estava molhava 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 zigmático; 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.

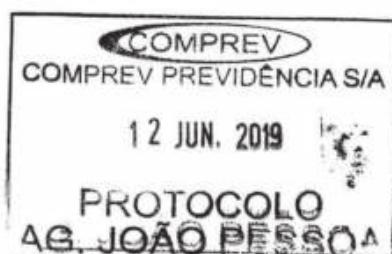
Endereço: RUA SÃO SEVERINO, 101 CENTRO – NOVA FLORESTA/PB.

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 R S Azevedo*  
**LEANDRO R 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: 100.982.624-75 Nome completo da vítima: Ilario Medeiros

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

Nome completo: Ilario Medeiros  
 Profissão: agricultor Endereço: Sítio Canoa do Cesta  
 Bairro: Zona rural Cidade: Picuí Estado: PB CEP: 58.187-000  
 E-mail: NILUTJAMAS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-3331-2231

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

### RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

Pelo meio aviso assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: 12/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(\*) 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.





# 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



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

Num. 36834220 - Pág. 7

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 JUN. 2019  
F. AG. J. 10 ESSOA







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

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

Nilio Trigueiro Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 100 982 624,75,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Nilio Trigueiro Dantas,

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 Lider-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



DLDRL.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

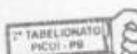
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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, josé 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 Belhada da Gtingueira, nº 51N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Ilário de Oliveira, cujo o condutor era  
o mesmo.  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 TITAN Ano: 1997  
Placa: MUUV9972PB Chassi: 9C2JC250VVR078690  
Data do Acidente: 19/01/2019

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

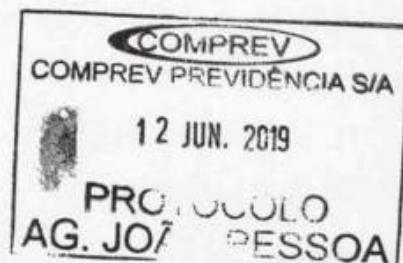


josé de oliveira costa

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 <b>HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ</b>						2 - CNES <b>2757710</b>	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE <i>Elávio Medeiros</i>						4 - N° DO PRONTUÁRIO <b>94944</b>	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>009601657187870</b>			6 - DATA DE NASCIMENTO <b>21/10/95</b>	7 - SEXO <b>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/></b>	8 - RACACOR		
9 - NOME DA MÃE <i>Maria de Fátima Medeiros</i>						10 - TELEFONE DE CONTATO DDD ( ) N° DO TEL.	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Maria de Fátima Medeiros</i>						12 - TELEFONE DE CONTATO DDD ( ) N° DO TEL.	
13 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Sousa Cunha do Corte</i>							
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Picuí</b>			15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>281140</b>	16 - UF <b>PB</b>	17 - CEP <b>58187000</b>		
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dores intensas devido a d. m. d. m. (DM), causando impossibilidade de se sentar e de se levantar.</i>							
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Cap. enjôos</i>							
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Cap. enjôos</i>							
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fortuna d. z. j. d.</i>							
22 - CID 10 PRINCIPAL <i>S02-4</i>		23 - CID 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Red. enjôos + estabilizante</i>				26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0906020704</b>			
27 - CLÍNICA <i>euquim</i>	28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	29 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS / <input type="checkbox"/> CPF	30 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <b>046208574</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>25/05/2019</b>			
32 - ASSINATURA E CARMIM N° DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Suelio Moreira Torres</i>				33 - ASSINATURA E CARMIM N° DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Flávio Medeiros</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGUROADORA			38 - N° DO BILHETE	39 - SÉRIE		
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA			41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - OBOR		
36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESINTEGRADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>COMPREV</b>				
46 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS / <input type="checkbox"/> CPF	47 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>12/05/2019</b>	49 - ASSINATURA E CARMIM N° DO REGISTRO DO CONSELHO			12 JUN. 2019			
PROTÓCOLO <b>AC. JOÃO PESSOA</b>							



FORÇA HOSPITAL REGIONAL DE PIQUÉ "Dr. Felipe Tiago Gomes"  
ENDEREÇO: RUA FRANCISCO PERINHA GOMES, 15  
CEP: 59127-000 CÓDIGO DA UNIDADE: 5907710  
BAIRRO: MONTE SANTO  
C.N.P.J. 28.516.739/0001-00

**ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-D)**

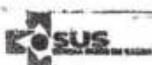
207-01

**PACIDENT**

NAME: <b>Alain Medure</b>	EDAD: <b>23</b>	DOC: <b>4.020.033</b>
END: <b>Sítio Casas do Coto</b>	MUNIC: <b>Prainá</b>	UF: <b>PR</b>
DDD: <b>251</b>	CRM: <b>70960165718783</b>	DATA: <b>19/03/19</b>
DATA DE NASCIMENTO: <b>21/10/1995</b>		

## DADOS CLÍNICOS

**DADOS CLÍNICOS**



NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ "Dr. Felipe Tiago Gomes"  
ENDERECO: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 BAIRRO:

**BAIRRO: MONTE SANTO**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SEQUENCIAÇÃO DE EXAMES (RPA-C / RPA-D)

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ "Dr. Felipe Tiago Góes"  
ENDERECO: RUA FRANCISCO FERREIRA GÓES, 15  
CEP: 58000-000 - CEP: 58000-000 - CEP: 58000-000  
BAIRRO: MONTE SANTO  
MUNICÍPIO: PICUÍ  
ESTADO: PARAÍBA  
UF: PB

PACIENTE			
NAME: <u>Flávio Medeiros</u>	IDADE: <u>23</u>	DOC: <u>4-020 034</u>	
END.: <u>ST. Canoa: do Canto</u>	MUNIC: <u>Ricá</u>	UF: <u>P</u>	
COD. INE: <u>253140</u>	CNS: <u>709 601657187570</u>	DATA: <u>25/02/19</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>21/10/95</u>			

## **DADES CLÍNICS**

**DADOS CLÍNICOS**

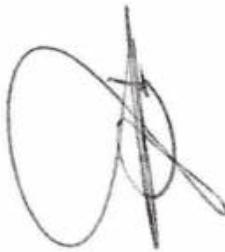
Clínica Facial Implantes S.A.  
Méjico Facial Implantes S.A.  
D.F. Tel. 260-374-74

		<b>PROFISSIONAL</b> Assistente Social - 3848 - CPF: 040.600-00
CBO	CNS	<b>CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL</b>
<b>ASSINATURA DO PACIENTE OU POLEGAR</b> <i>Roberto meduto</i>		
<b>ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO</b>		
		<b>ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO</b>



<b>NOME:</b> Ilário Medeiros <b>HÍPOTESES DIAGNÓSTICAS:</b> Fratura de zigoma D		<b>IDADE:</b> 23 <b>ENFERMARIA:</b> 207-1	<b>PRONTUÁRIO N°:</b> 94.977 <b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b> 20.03.2019 <b>DATA ATUAL:</b> 20.03.2019
<b>Nº</b>	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>		<b>HORÁRIOS</b>
	Alta hospitalar		1 2 3 4 5 6 7 8
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Submetido à redução cruenta da fratura de zigoma D + osteossíntese com miniplaca e parafusos. Orientado para o pós-operatório.

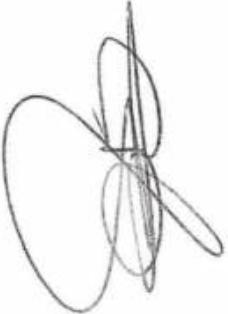


Dr. Cesar Augusto Dantas  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PI: 000574-A  
Belo Horizonte - MG  
CPF: 346.280.574-74  
CRD-PI: 3848



NOME: Ilário Medeiros		PRONTUÁRIO Nº: 94.977						
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Fratura de zigoma D		DATA DA INTERNAÇÃO: 19.03.2019						
IDADE: 23		DATA ATUAL: 19.03.2019						
ENFERMARIA: 207-1								
PREScrição MÉDICA								
Nº	PREScrição MÉDICA	HORÁRIOS						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Dieta livre	(07/03/19)						
2	Jelco salinizado	EV	EV	EV	EV	EV	EV	
3	Ceftriaxona 1g EV de 12/12h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	
4	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h	EV	EV	EV	EV	EV	EV	
5	Tilatil 40mg 1 ampola EV 1x ab dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	
6	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 1x ao dia	EV	EV	EV	EV	EV	EV	
7	Decúbito dorsal em 0º							
8	Cuidados Gerais							
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17	Edgley Porto							
18	Dr. Edgley Porto							
19	Dr. Edgley Porto							



  
**Dr. Edgley Porto**  
 Cirurgião e Traumatologista Dentista  
 Dr. George e Traumatologista Dentista  
 Buro-Medical, C.R.P.: 06298.514-1  
 C.R.O. PB: 3948  
 C.R.O. PB: 3948

<b>NOME:</b> Ilário Medeiros <b>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:</b> Fratura de zigoma D		<b>IDADE:</b> 23	<b>PRONTUÁRIO N°:</b> 94.977
		<b>ENFERMARIA:</b> 207-1	<b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b> 18.03.2019
			<b>DATA ATUAL:</b> 18.03.2019
<b>Nº</b>	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	<b>HORÁRIOS</b>	<b>EVOLUÇÃO DIÁRIA</b>
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	
20	21	22	
23	24	25	
26	27	28	
29	30	31	
32	33	34	
35	36	37	
38	39	40	
41	42	43	
44	45	46	
47	48	49	
50	51	52	
53	54	55	
56	57	58	
59	60	61	
62	63	64	
65	66	67	
68	69	70	
71	72	73	
74	75	76	
77	78	79	
80	81	82	
83	84	85	
86	87	88	
89	90	91	
92	93	94	
95	96	97	
98	99	100	
101	102	103	
104	105	106	
107	108	109	
110	111	112	
113	114	115	
116	117	118	
119	120	121	
122	123	124	
125	126	127	
128	129	130	
131	132	133	
134	135	136	
137	138	139	
140	141	142	
143	144	145	
146	147	148	
149	150	151	
152	153	154	
155	156	157	
158	159	160	
161	162	163	
164	165	166	
167	168	169	
170	171	172	
173	174	175	
176	177	178	
179	180	181	
182	183	184	
185	186	187	
188	189	190	
191	192	193	
194	195	196	
197	198	199	
200	201	202	
203	204	205	
206	207	208	
209	210	211	
212	213	214	
215	216	217	
218	219	220	
221	222	223	
224	225	226	
227	228	229	
230	231	232	
233	234	235	
236	237	238	
239	240	241	
242	243	244	
245	246	247	
248	249	250	
251	252	253	
254	255	256	
257	258	259	
260	261	262	
263	264	265	
266	267	268	
269	270	271	
272	273	274	
275	276	277	
278	279	280	
281	282	283	
284	285	286	
287	288	289	
290	291	292	
293	294	295	
296	297	298	
299	300	301	
302	303	304	
305	306	307	
308	309	310	
311	312	313	
314	315	316	
317	318	319	
320	321	322	
323	324	325	
326	327	328	
329	330	331	
332	333	334	
335	336	337	
338	339	340	
341	342	343	
344	345	346	
347	348	349	
350	351	352	
353	354	355	
356	357	358	
359	360	361	
362	363	364	
365	366	367	
368	369	370	
371	372	373	
374	375	376	
377	378	379	
380	381	382	
383	384	385	
386	387	388	
389	390	391	
392	393	394	
395	396	397	
398	399	400	
401	402	403	
404	405	406	
407	408	409	
410	411	412	
413	414	415	
416	417	418	
419	420	421	
422	423	424	
425	426	427	
428	429	430	
431	432	433	
434	435	436	
437	438	439	
440	441	442	
443	444	445	
446	447	448	
449	450	451	
452	453	454	
455	456	457	
458	459	460	
461	462	463	
464	465	466	
467	468	469	
470	471	472	
473	474	475	
476	477	478	
479	480	481	
482	483	484	
485	486	487	
488	489	490	
491	492	493	
494	495	496	
497	498	499	
500	501	502	
503	504	505	
506	507	508	
509	510	511	
512	513	514	
515	516	517	
518	519	520	
521	522	523	
524	525	526	
527	528	529	
530	531	532	
533	534	535	
536	537	538	
539	540	541	
542	543	544	
545	546	547	
548	549	550	
551	552	553	
554	555	556	
557	558	559	
560	561	562	
563	564	565	
566	567	568	
569	570	571	
572	573	574	
575	576	577	
578	579	580	
581	582	583	
584	585	586	
587	588	589	
590	591	592	
593	594	595	
596	597	598	
599	600	601	
602	603	604	
605	606	607	
608	609	610	
611	612	613	
614	615	616	
617	618	619	
620	621	622	
623	624	625	
626	627	628	
629	630	631	
632	633	634	
635	636	637	
638	639	640	
641	642	643	
644	645	646	
647	648	649	
650	651	652	
653	654	655	
656	657	658	
659	660	661	
662	663	664	
665	666	667	
668	669	670	
671	672	673	
674	675	676	
677	678	679	
680	681	682	
683	684	685	
686	687	688	
689	690	691	
692	693	694	
695	696	697	
698	699	700	
701	702	703	
704	705	706	
707	708	709	
710	711	712	
713	714	715	
716	717	718	
719	720	721	
722	723	724	
725	726	727	
728	729	730	
731	732	733	
734	735	736	
737	738	739	
740	741	742	
743	744	745	
746	747	748	
749	750	751	
752	753	754	
755	756	757	
758	759	760	
761	762	763	
764	765	766	
767	768	769	
770	771	772	
773	774	775	
776	777	778	
779	780	781	
782	783	784	
785	786	787	
788	789	790	
791	792	793	
794	795	796	
797	798	799	
800	801	802	
803	804	805	
806	807	808	
809	810	811	
812	813	814	
815	816	817	
818	819	820	
821	822	823	
824	825	826	
827	828	829	
830	831	832	
833	834	835	
836	837	838	
839	840	841	
842	843	844	
845	846	847	
848	849	850	
851	852	853	
854	855	856	
857	858	859	
860	861	862	
863	864	865	
866	867	868	
869	870	871	
872	873	874	
875	876	877	
878	879	880	
881	882	883	
884	885	886	
887	888	889	
890	891	892	
893	894	895	
896	897	898	
899	900	901	
902	903	904	
905	906	907	
908	909	910	
911	912	913	
914	915	916	
917	918	919	
920	921	922	
923	924	925	
926	927	928	
929	930	931	
932	933	934	
935	936	937	
938	939	940	
941	942	943	
944	945	946	
947	948	949	
950	951	952	
953	954	955	
956	957	958	
959	960	961	
962	963	964	
965	966	967	
968	969	970	
971	972	973	
974	975	976	
977	978	979	
980	981	982	
983	984	985	
986	987	988	
989	990	991	
992	993	994	
995	996	997	
998	999	999	
999	999	999	
999			



**MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 01**

Paciente: Ilário Medeiros

Médico: DR: Ediley Aux:  Anest.: DR: Vilma  
 Diagnóstico: Fraqueza de Fáscia Tratamento: CIRÚRGICO  
 Anestesia: General Início:  Término:  Enfer.: 207 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%	01	CAT GUT SIMPLES Nº	
FENTANIL AMP	02	ALGODÃO ORTOPÉDICO		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	
UDOCAINA		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº 4-0	02
NARCAN AMP		CATETER P/ 02	01	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NILPERIDOL AMP		CLOHEXIDINA	01	PROLENE Nº	
PANCURON AMP		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº 3-0	01
PROPROFOL AMP	01	COMPRESSA GRANDE	05	VICRYL Nº	
QUELICIN		DEPÓSITO ANATOMOPATOLOGICO P.M.G.			
SEVORONE		DRENO			
THIOPENTAZ FRASCO		DRENO HEMOVAC/SUÇÃO 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	
ÁGUA DESTILADA AMP		ESPARADRAPO	01	S.R. FRASCO 250ml	
AMICACINA 250 mg		ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 500ml	01
AMINEFILINA		FIO DE KIRSCHNER Nº			
ATROPINA		GAZES ESTERÉIS	01		
BENZETACOL AMP		GEL CONDUTOR	01		
BROMOPRIDA		INTRACATH ADULTO		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
CEDILANIDE AMP		JELCO Nº			
CEFALOTINA 1g F/AMP		KIT METICELULOSE			
CEFTRIAXONA 1g	01	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	01	ASPIRADOR	(1)
HIDROCORTISONA AMP mg		MICROPORE		BISTURI ELETRICO	(1)
KANAKION AMP		OXIGÉNIO L/M	01	CARDIOMONITOR	(1)
LASIX AMP		PVPI DEGERMANTE		DEFIBRILADOR	(1)
METRIONIDAZOL AMP		PVPI TÓPICO	01	ESPIGNOMANOMETRO	(1)
NAUSEDRON AMP	01	SCALP Nº		FOCO AUXILIAR	(1)
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTÁVEL 1 ml		FOCO CENTRAL	(1)
OXITOCINA		SERINGA DESCARTÁVEL 10 ml	02	OXIMETRO DE PULSO	(1)
PLASIL AMP		SERINGA DESCARTÁVEL 20 ml			
PROSTGIME		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ml	01		
TENOIXCAN mg		SERINGA DESCARTÁVEL 5 ml	01		
TRASAMIM AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
VITAMINA K		SONDA NASOGASTRICA Nº			
VOLTAREN AMP		SONDA URETRAL Nº 14	01		
8000 Cefam Rempasto	01	TELA CIRURGICA			
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,5	01	CIRCULANTE	



## FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Ilário Medeiros

Idade 23 Sexo M  F 

Admissão 18/03/19 Clínica Cirúrgico Ala Cirurgia-Geral Enf. 207 Leito 01

Diagnóstico Fratura de Tíbia e Fíbula '01

Infecção	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Comunitária
Topografia Infecção	<input type="checkbox"/> Gastro Intestinal		<input type="checkbox"/> Genital	<input type="checkbox"/> S.N.C.
	<input type="checkbox"/> Urinária		<input type="checkbox"/> Septicemia	<input type="checkbox"/> Respiratória
			<input type="checkbox"/> Pele / TSC	<input type="checkbox"/> Outros

Procedimento Realizado	<input type="checkbox"/> Biópsia	<input type="checkbox"/> Cateter Vesical	<input checked="" type="checkbox"/> Corticoidoterapia
	<input type="checkbox"/> Cateter Venoso	<input type="checkbox"/> Drogas Antineoplásicas	<input type="checkbox"/> Diálise
	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Hemoterapia	<input type="checkbox"/> Nebulizador
	<input type="checkbox"/> NP	<input type="checkbox"/> Punção Lombar	<input type="checkbox"/> Punção Abdominal
		<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal
			<input type="checkbox"/> Outros

## Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Redução e imobilização Ortopédica com Anestesia Geral

Data 18/03/19 Tempo 00:30 min Placa

<input checked="" type="checkbox"/> Limpa	<input type="checkbox"/> Infectada	<input checked="" type="checkbox"/> Eletivo	<input type="checkbox"/> GP
<input type="checkbox"/> Potenc. Contaminada	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> PP	
<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> MP	

## EQUIPE

Cirurgião Dr. Edgley	Auxiliar
Instrumentador	Anestesista Dr. Vieira

RAIO X NA SALA  Sim  NãoUSO DE ANTIBIÓTICO  Profilático  Terapêutico

NOME Dr. Edgley	NOME
DOSE / DIA 2g	DOSE / DIA
DURAÇÃO no ato cirúrgico	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  
Bico-Maxilo-Facial/Implantes Dentais  
CRM: 3648 - CPF: 046.288.574-74

Médico Assistente

C.C.I.H

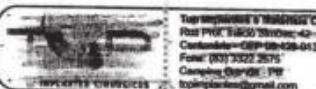




Hospital Regional de Piciú "Felipe Tiago Gomes"

### DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Ilário Medeiros		
Data da operação: 18.03.19	Enf.: 207	Leito: 01
Operador: Dr. Edgley	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: Dr. Vieira	Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de zigoma		
Tipo de operação: Red. enxerto + osteointima com miniplaca		
Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista: não houve		
Exame Radiológico no Ato: não houve		
Acidente durante a operação: não houve		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Enx. extra-ensf. fronto-zigomítico</li><li>2. Fiss. tura</li><li>3. Revisão dos planos fasciais</li><li>4. Cerraria dos fays d. fratura d. zigom. D.</li><li>5. Reduz enxerto d. fratura.</li><li>6. Trapanac. óssea</li><li>7. Osteointima com miniplaca ondulada 5 fios + 4 parafusos cutâneos</li><li>8. Sutura d. planos com fio vicryl 3-0</li><li>9. Sutura d. pele com fio mononylon 4-0</li><li>10. curar com pressão</li></ol>		
<p>Dr. Edgley Porto Cirurgia e Traumatologia Orto-Maxilo-Facial/Implantes Dentais Av. Presidente Vargas, 3044 - CEP: 58020-574-0</p>		



Top Suppliers & Manufacturers Catalogs Listed  
Post PROJ. Sales Brochure - 48  
Commodity - CEP-104-038-013  
Phone: (800) 3322-2575  
CompuNet Source - 17B  
b2b-plainclothes@juno.com

## **MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Hospital: Regional Ec. Univ.

Código:

Procedimento: Atividade de Zgomot

Cód. do Procedimento:

Paciente: JAKOB MECEIKUS

Data da Cirurgia: 19/03/19 Prontuário N°:

#### DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS				
Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	MINI PLACA DENTAL DE 5 Furos			
01	FERATOSOS CORTICIAIS 2X3			

Dr. Edgley Porto  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal-Maxilo-Facial/Implantes Dentais  
R. Dr. J. P. 3848 - CPF: 046.288.574-74

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Faturar N.F. para:



## FICHA DE ANESTESIA

NAME	Idade	Sexo	Gr. SANGUÍNEO		
Ilário Medeiros	23	M			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	CATEGORIA	DATA			
Fratura de Tibiama 'D'	SUS	18.03.19			
OPERAÇÃO REALIZADA	Reducação incoerante + osteossíntese com mini placa				
GIRURGIAO	AUXILIAR	ANESTESISTA	Dr. Vieira		
Dr. Edilson					
AGENTES VOLUNTÁRIOS					
CÓDIGO	220				
Anestesia X	200				
Oper. Intub. T	180				
Endotr. Pres. A	160				
Distal Pulo O	140				
Reop. RA	120				
Assit. Resp. RE	100				
Exbust. Resp. RC	80				
Outr.	60				
	40				
	20				
Pré-Anestésico					
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Raquiana	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo	<input type="checkbox"/> Outras
Técnica					Venoclise
Início	Término		Duração minutos		
AGENTES DOSES	LÍQUIDO		ML		
Fentanil 1000	S. FISUR 0,98-1000		1000		
Promedol 1500					
Dexameata-DAVA 1					
Glucosamina Colipatam					
Duradecorina					
Rantidom 5					
Cepacofina 3					
OBS:					



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ  
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. 9494  
Nº do Docum. 4.020034

### FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome:	<u>Flávio 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 Caixa do Correio</u>		
Bairro:	<u>Picuí</u>		
Profissão:	<u>afumador</u>		
Entrada:	<u>18/03/19</u>	Alta:	<u>1 / 1</u>
Estado Civil:	Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Pai:	<u>Manoel Sidílio dumra</u>		
Mãe:	<u>M. de Fátima Medeiros</u>		
Responsável:	<u>M. de Fátima Medeiros</u>		
Médico Assistente:	<u>Dr. Edson G. G.</u>		
Diag. Definitivo:	<u>Hurtado &amp; Zepin G.</u>		
Tratamento:	<u>Red. curva + estomachite com munipla a</u>		





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ  
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: Flávia Medeiros  
Responsável: Mãe de Flávia Medeiros  
Pai: Manoel Fidélis Lima  
Mãe: Mãe de Flávia Medeiros  
Prof: Agente Data Nasc.: 21/10/95 Idade: 23  
Endereço: 3000 Caixa do Cofre  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Picuí Est. Civil: Sol

### PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura de 3 vértebras

Tratamento efetuado no hospital: Reduzi esguicho +  
osteossíntese com miniplaca

Exames realizados: Hemograma, Coagulograma, glicemia  
em jejum, ECG e raios X torax

Internado em 18/03/19 Alta em 1

Obito em Porto  
Dr. Edson  
Cirurgia e Traumatologia  
Busto-Maxilo-Facial/Implantes Dentais  
Cidade: Porto CEP: 046.288.574-74  
Cirurgião Dentista  
Médico Assistente

Arquivista





## 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**. **Vitima 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*  
Dr. Edgley Porto  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial/Implantes Dentais  
CRO - PB - 3848 - CPF: 046.206.574-74

*Dr. Edgley's Porto*

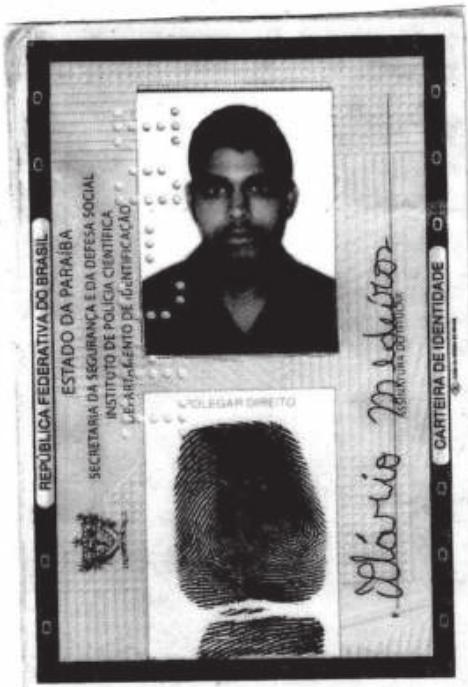
*Cirurgia e Traumatologia*

*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 DEFÍCIT 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



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

Num. 36834220 - Pág. 26

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Ilário Medeiros, brasileiro(a),  
sócio, 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.

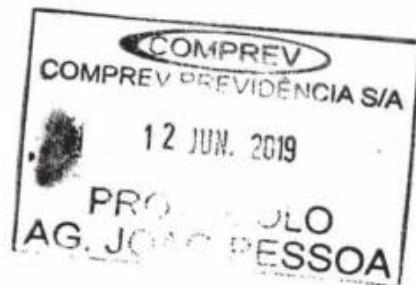
Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com 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.

 Ilário Medeiros  
outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200236/19

**Vítima:** ILARIO MEDEIROS

**Data do acidente:** 19/02/2019

**CPF:** 100.982.624-75

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ILARIO MEDEIROS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RENATO LUNA DIAS



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

Num. 36834220 - Pág. 28