

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**

Nº Sinistro: **3180333017**

Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**

Data do Acidente: **03/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180333017**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134675



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**
Nº Sinistro: **3180333017**
Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**
Data do Acidente: **03/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13137203



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**
Nº Sinistro: **3180333017**
Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**
Data do Acidente: **03/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPE da Vítima 001.287.204-43	Nome completo da vítima FABIO JOSE LEMOS
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FABIO JOSE LEMOS	CPE titular da conta 001.287.204-43	Profissão RECURSO
Endereço RUA CEL ANTONIO CORREIA BRASIL	Número 287	Complemento CASA
Bairro ER NANI SETIRO	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58100-040	Telefone (DDD) 83 99841-0296

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRQ. 0617	DV 6	CONTA NRQ. 00003956	DV 6	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRQ. _____ AGÊNCIA NRQ. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 18 de JULHO de 2018
Local e Data

Fábio José Lemos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

021.287.204-43

Fabio Jose Soares

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Fabio Jose Soares		CPF titular da conta 021.287.204-43	Profissão Recuse-
Endereço Rua Jomara Província do povo		Número 185	Complemento Casa
Bairro Piliveri	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58919-000
Email			Telefone (DDD) (33) 99811-8286

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> AGÊNCIA NRO <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	AG. PROTOCOLO 03 AGO 2018 AG. JOÃO PESSOA	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Fabio Jose Soares
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

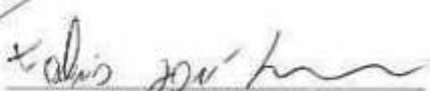
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

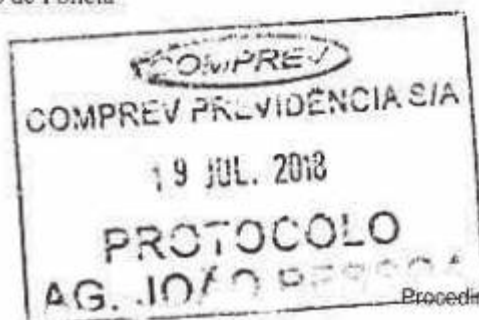
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


FABIO JOSÉ LEMOS
Notificante



Procedimento Policial: 00136.01.2018.1.02.008



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fábio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389.

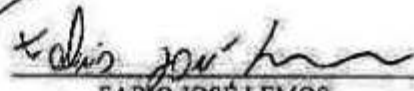
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

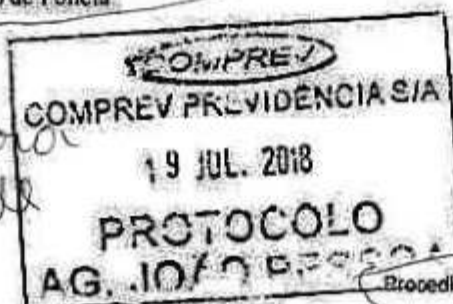
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


FABIO JOSÉ LEMOS
Notificante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa., bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(I) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

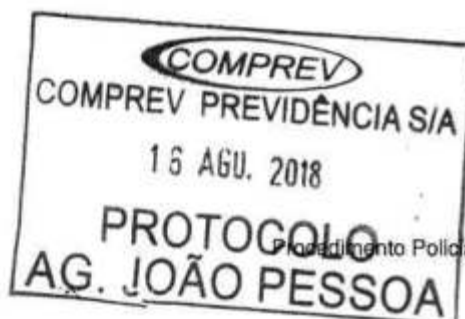
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia

FABIO JOSÉ LEMOS
Noticiante





CERTIDÃO

Nº. 0914/2018

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **FABIO JOSE LEMOS** que foi atendido dia 03/03/2018 às 21H53min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda + tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/03/2018 com alta médica dia 24/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO-BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul
Data: 03/03/2018
Hora: 21:59:19
Recepcionista: JOELMA IRIQ AQUINO D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO JOSE LEMOS Num. de vezes atendido: 2
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0 Num. Prontuario: 2018.03.000368
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)
End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FABIO JOSE LEMOS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2M:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

TR. A NA MIE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente automobilístico queda de moto sem recepte com queixa de dor em M.E, ingo há 1 hora, não há perda de consciência, ABD indolor.

Diagnostico

CD. Sólido R. de L. 1º grau, 1º grau E
AV. de 02 pedras

Prescrição

Horario da medicacao

020 pedras

Paralelo com traço em 1º grau E com dor, edema e
deformidade, apresenta com 02 pedras em 1º grau E
1º grau E, com 02 pedras em 1º grau E.

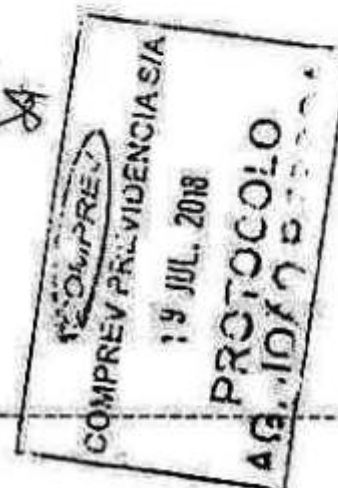
Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Psicologia

Realizados atendimentos
+ orientações

Anna Mary de Medeiros
Psicóloga Hospitalar
357.429.000-09
CRP 23/2850



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Síndrome Kienbo de S. Romênia

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JOSE LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000003956-6

Nr. da Autenticação 4E7748E6E4B41E08

IZANA MARIA LEMOS
RUA DO ANTONIO CORREIA BRAGA, 157, BRUNO SATIRO
C/ADRESSADA / PO BOX 8000000 (A/ 7)

energisa

Emissão: 19/01/2018 Referência: Jan / 2018

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO BOM

Rua: 12-2- 733- 7049 Nº medidor: 6001125140

Nº para Débito Automático: 9006176345

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	19/01/2018	20/02/2018	3424329401

UC (Unidade Consumidora): 5/476364-5

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desmedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Lei 414/ANEEL).
- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre próximos.

173-
23

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/12/17	14552	19/01/18	14676	1	123	30

Demonstrativo										
COD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Ant.	Valor R\$	Base Cat. Ant.	Valor R\$	Cat. Ant.	Valor R\$
		Tributos Totais (R\$)		KWh (R\$)		Por Consumo (R\$)		Por Consumo (R\$)		Valor R\$
0501	Consumo em kWh	123,000	0,726050	90,53	90,53	27	34,44	90,53	3,83	3,83
0501	Adc. E Verificação			2,00	2,00	27	0,54	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0507	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			3,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 12/2017			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 12/2017			1,61	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017			0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul
Data: 03/03/2018
Hora: 21:59:19
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2018.03.000368

Nome: FABIO JOSE LEMOS
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)
End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO JOSE LEMOS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TR. A NA MLE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente automobilístico queda de altura com queixa de dor em M.E, incoerência de consciência, ABD insensível.

Diagnostico

CD - Suspeita de lesão de grau 1 em M.E
AV. de ortopedico

Prescrição

Horario da medicacao

Ortopedia

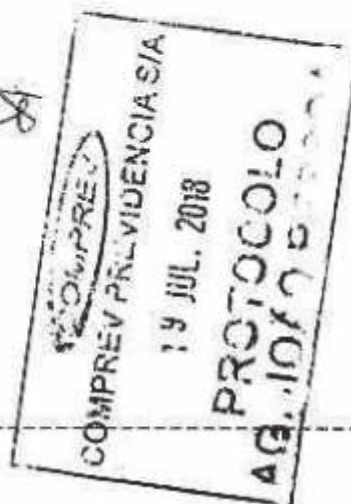
Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Prescrição

Realizado atendimento
+ orientações

Ana Mary de Medeiros
Psicóloga Clínica - R. C. S. D. Talar
357.000.000-00
CRP 312959



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Síndica Karla de S. Romão

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Felipe José Lima **Data da Admissão:** 03/03/18

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1

QPD: Por o dependente para o

HDA: Trabalha em casa e não faz
dos anos de casa

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ ☐ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ ☐ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

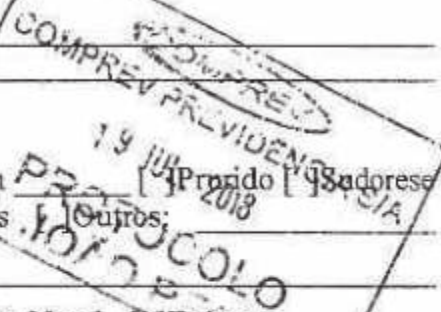
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

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

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

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Dr. Pacelli



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

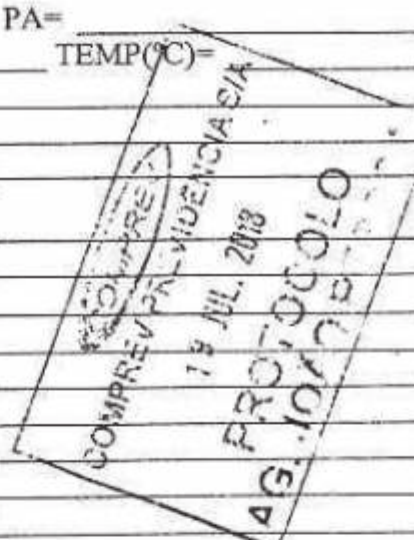
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura avulsa de pé (2)*Conduta: *Internar p/ Hs Cirúrgico*



Nome: FABIO JOSE LEMOS				Registro:	
Idade: 42 A.	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 22/07/18	Cirurgião: DR ROBERTO SANTOS			1º Assistente: DR YURY	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: LUIS FELIPE	Tipo Anestesia: RAQUI			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA DOS OSSOS DA PENNA (E)				S 82.0.	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO.					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
REDUÇÃO CRUELIA + FIXAÇÃO.					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPÇÃO + ANTISEPSIA
APOSICÃO DE CAMPOS ESTERILS
GAMOTEAMENTO DO M.E.

Incisão:

INCISÃO EM 1/3 MÉDIO DA REGIÃO ANTERO MEDIAL DA PUNHA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ O FOCO DA FRATURA

Achados:

VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DA TÍBIA

Conduta:

REDUÇÃO CRUENTA
APOSICÃO DE PLACA + PARAFUSOS CORTICAIS (8)
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
RETIRADA DO GAMOTEAMENTO

Fechamento:

FECHAMENTO DE PELE
CURATIVO

OBS:

Data: 22/03/18

Dr. Yury Cardeiro
CRM 15407
Dr. ROBERTO
SANTOS
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FABIO JOSÉ LEMOS					PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:26	LEITO: 412	
DATA DE ADMISSÃO: 03/03/18		DATA DE ALTA: 24/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TIBIA E					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo						
TRATAMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO						
PAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO					() REMOVIDO	() A PEDIDO
					() CURADO	() ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em PERNA E (FRATURA DE TIBIA E) sendo submetido a tratamento cirúrgico REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS EM FRATURA DE TIBIA E, evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório de serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

USO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS)

24/03/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
 19 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013222036631
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1200 Nº 001 20170000306835-2 POCO
 1 0011882038-9/00/00000000 2017

FABIO JOSE LEMOS

CPF / CNPJ 02128720443 PLACA MOI4924/PB

NOVO RB 9C2PC42008R003571

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

BRAND / MODELO ANO FAB ANO MOD
 HONDA/CB600F HORNET 2008 2008

CMV / RG / CR CATEGORIA COR PRESENTE / NOVA
 2 P/599 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
 00/00/0000 1
 2
 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO P A G O 06/06/2017

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO 2
 0

JOAO PESSOA-PB DATA 10/08/2017
 32280 7976

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222036631 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2017 10/08/2017

VIA 02128720443 PLACA MOI4924/PB
 00118820389 HONDA/CB600F HORNET

ANO FAB 2008 ANO MOD 9 9C2PC42008R003571

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
 ***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO P A G O 06/06/2017

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 7976-1325187-20170810

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180333017

Cidade: Bayeux

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO JOSE LEMOS

Data do acidente: 03/03/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264032/18

Número do Sinistro: 3180333017

Vítima: FABIO JOSE LEMOS

CPF: 021.287.204-43

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JOSE LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/10/2018
Nome: FABIO JOSE LEMOS
CPF: 021.287.204-43

FABIO JOSE LEMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS