

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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



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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190456306**

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 000001001160-4

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 30 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190456306**

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 000001001160-4

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.

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:

Nome completo da vítima:

704.314.874-05 Douglas Michel de Oliveira Batista

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

Nome completo: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

Profissão: autônomo

Endereço: R. Esc. Joaquim de Siqueira

Número: 120 Complemento:

Bairro:

Jardim Venezuela

Cidade: João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58.005-000

E-mail:

Tel.(DDD): (83) 999.21-9283

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Bradesco

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3141

0

CONTA: 3001460

4

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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, alerto da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGURÓS E PREVIDÊNCIA S.A.

31/07/2019

2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

X Douglas Michel de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

g



1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

Delegacia Geral da Polícia Civil



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07987.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07987.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:33 horas do dia 17 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Douglas Michel de Oliveira Batista**, CPF nº 704.314.874-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Michele de Oliveira Rodrigues e Dimas da Silva Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/07/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Escritor Joaquim da Silva, Nº 120, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Próximo Ao Deposito de Bebidas Pingum, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98825-9157.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua. do Desenvolvimento, Próximo Ao Senai, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

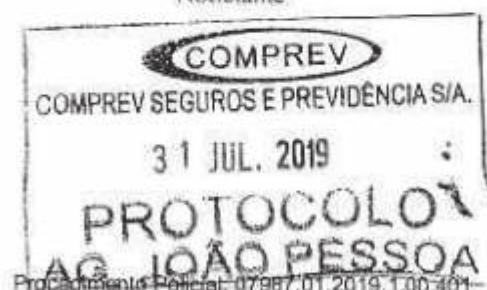
QUE NO DIA 04/02/2019, POR VOTA DAS 20:00 HORAS, VINHA TRAFEGANDO NA RUA. DO DESENVOLVIMENTO, NO BAIRRO DAS INDUSTRIAS, PRÓXIMO AO SENAI, NA NOTO DE MARCA-HONDA/CG 160 START, DE COR-PRETA, ANO-2018/2019, PLACA-OGA9041/PB, CHASSI: 9C2KC2500KR103701, CRLV EM NOME DA PESSOA DIMAS DA SILVA BATISTA, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, SENDO SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MEDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO, SENDO CIRURGIADO NO DIA 13/02/2019, COM ALTA MEDICA NO DIA 14/02/2019, PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2019.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação

DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

704.314.874-05 Douglas Michel de Oliveira Batista

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

Nome completo: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

Profissão: autônomo

Endereço: R. Esc. Joaquim de Siqueira

Número: 120

Complemento:

Bairro:

Jardim Venezuela

Cidade: João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58 005-000

E-mail:

Tel.(DDD): (83) 999.21-9283

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Bradesco

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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, alerto da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGURÓS E PREVIDÊNCIA S.A.

31/07/2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

gh



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME -



[CNPJ 08.806.754/0015-40]
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

AIHA

transm...

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 902/020, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2342727, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA idade 19 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 04/02/2019, na R. do Desenvolvimento, Bairro: das Industrias - João Pessoa - aproximadamente às 20:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Fevereiro de 2019

Jefferson da Rocha Augusto
Estatística
CRF-PB nº 0171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

31 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 00001001160-4

Nr. Autenticação

BRADESCO4092019050000000002370314100001001160236250 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 00001001160-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2810201905000000000237031410000100116067500 PAGO

DEBORA SILVA BATISTA
ESTRADA DA SERRA, 10-1000
JOAO PESSOA/PB/CNPJ: 80010461-11
Horário: 08:00h - 18:00h
Classificação: PESQUISA DA HABITACAO
Risco: 1-3000

energisa

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da proxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------|
| Fev / 2019 | 01/02/2019 | 01/03/2019 | 080.215.244-37 |

UC (Unidade Consumidora): 5/469083-0

Canal de contato

- Tertúlia Sobre os Enunciados - TACE 1a - 2002
nº 10-420, em 26 de outubro de 2002
90 participantes dos dois enunciados anteriores
91 Havia interessante observação de que os enunciados
92 da discussão, de fato, não só o aspecto da formação
93 e formação cultural.

| Anterior | | Atual | | Constante | | Consumo | | Dias | |
|----------------------------------|--|-----------|--------|-----------|--------|---------|--------|--------|------|
| Dia | Letra | Set. | Letra | Set. | Letra | Set. | Letra | Set. | |
| Demonstrativo | | | | | | | | | |
| 204 | Despesa | Diminuir | 700000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | 000000 | |
| 8001 | Consumo de JUROS/IR | 33.000,00 | 000000 | 0,50 | 0,50 | 22 | 22 | 4,75 | 0,26 |
| 1001 | Consumo - 1º a FEVEREIRO | 70.205,00 | 000000 | 0,21 | 0,21 | 27 | 27 | 24,79 | 0,04 |
| 0001 | Consumo - 1º a MARÇO/IR | 68.000,00 | 000000 | 0,32 | 0,32 | 27 | 27 | 29,02 | 0,04 |
| 0016 | Salário | 94,17 | 000000 | 14,17 | 14,17 | 27 | 27 | 54,17 | 0,04 |
| ENCARTEAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 1002 | CONTRIB SERV JUV P. BUDA | 5,55 | 000000 | 0 | 0 | 00 | 00 | 2,29 | 0,00 |
| 1004 | COMP INCLUIDOS DO TRIMESTRAL 12/2018 | -1,00 | 000000 | 0,00 | 0 | 00 | 00 | 1,75 | 0,00 |
| 0004 | COMP INCLUIDOS DO CADOR DC 01/01/12/2018 | -1,00 | 000000 | 0,00 | 0 | 00 | 00 | 1,75 | 0,00 |
| 0006 | Operações Sistêmicas | -38,04 | 000000 | 0 | 0 | 00 | 00 | 22,22 | 0,00 |

Último dia de visualização: 17/11/2018 - TOT: 142,00 - FTS: 175,22
Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO**

TOTAL A PAGAR

COMPREV

RS 142,04 **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

31 JUL. 2019

31 JUL. 2019
PROTOCOL
AG. JOÃO PESSOA

debt 0159.9159.1400.6158.8487.21aa.9/cb

Comments and Questions

Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| 0,000000 | 0,01 | |
| 0,000000 | 1,00 | NOMINAL |
| 0,000000 | 21,25 | |
| 0,000000 | 33,00 | CONSIDERADA |
| 0,000000 | 50,00 | LIMITE INFERIOR |
| 0,000000 | 70,00 | LIMITE SUPERIOR |
| 0,000000 | 80 | |

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sintesi della lista delle città come Punta Ronda, finita con denuncia di Pizzagalli.

china

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Building 3 - 9-161-2046
Munich 13, 80-008-2010-0

03/03/2019

P2-448-24

08/02/2019 RS 142,04
53640000001-1 42040149200-8 04690532019-8 02400002019-8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica - Nº 027.588.743



Luz, Informação, Realização
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.163 / 0001-41 - Insc. Est. 16.015.223-2

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 563 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

09/07/2019

CONSUMO

128

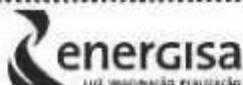
VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 112,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Telefone: 04-001-039-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA |
|------------|---------------|-------------------|
| 16/07/2019 | R\$ 112,30 | 1213928-2019-07-6 |



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e 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 Guilhyane Flávia de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.397.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Douglas Michel de Oliveira Patte inscrito (a) no CPF sob o Nº 304.314.874-05, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Douglas Michel de Oliveira Patte inscrito (a) no CPF sob o Nº 304.314.874-05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS

31 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAQUIM PESSOA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, encaminho o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | | Número | Complemento |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <u>Av. João Mendes</u> | | <u>553</u> | |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58000-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | <u>(83) 99921-9233</u> |

João Pessoa, 10 de maio de 2019
 Local e Data

Guilhyane Flávia de Amorim Nóbrega
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIMAS DA SILVA Batista

RG nº 2831175, data de expedição 29/12/2016 Órgão SS PR,
portador do CPF nº 550-215-294-37, com Domicílio na
cidade de São João Pessoa, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Benedito Júnior da Silva
nº 320, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima DOUGLAS MICHAEL DE OLIVEIRA BATISTA
cujo o condutor era DOUGLAS MICHAEL DE OLIVEIRA BATISTA

Veículo: Moto ciclota

Ano: 2018/2019

Modelo: Honda CG 160 start

Placa: OGA 9041 / PB

Chassi: 9C2KC2500KR103701

Data do acidente: 04/02/2019

Local e data: João Pessoa, 28/03/2019

X Dimas da Silva Batista

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL



RECONHECE POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIMAS DA SILVA
BATISTA, [35341], J. Pessoa-PB, 28/03/2019 16:35:55 Emol
R\$9,91 Farpes:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AIJ77314-TK8T Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | |
|--|------------|--|-----------------------------|----------------------|
| NOME: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA | | | | PRONTUÁRIO Nº |
| IDADE: 19A | SEXO: MASC | COR | CLÍNICA <i>Ortopedia</i> | ENF.: URPA |
| DATA DE ADMISSÃO: 04/02/2019 | | DATA DE ALTA: 13/02/2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIR</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | |
| CÓDOS DIAGNÓSTICOS | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de radio</i> | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> | | | | |
| ÓBITO | | | | |



RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 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:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (DR. GUTENBERG)

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7632
CRM 20824899086001

14/02/2019

DATA

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



CERTIDÃO

Nº. 0853/2019

Atendendo solicitação de **GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 203224 e prontuário 2019.02.002819 pertencentes a **DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA** que foi atendido dia 04/02/2019 ás 21H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/02/2019 com alta médica dia 14/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de junho de 2019

Fabiana B J
Médica
CRM/PB 4516



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

Ficha Nr: 203224

Atd: ~~nao~~ Regula

Data: 04/02/2019

Hora: 21:35:38

Recepclonista: GABRIELA DA COSTA SER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: DOUGAÑA MICHELE DE OLIVEIRA BATISTA

Num. Prontuario: 2019.02.000510

CNS: 703206607548498 Sexo: M IDENTIDADE: 3634503 Fone: 986002819

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/07/1999 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ESCRITOR JOAQUIM DA SILVA, 120

Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MICHELE DE OLIVEIRA ROBRIGUES

Pai: DIMAS DA SILVA BATISTA

Race: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tei/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

Aparentemente Bem Grave

VC:

TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso:

Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemias:

IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd:

O2%:

Regular Chocado

Queixa Principal

Vomito

QD DE MOTO, COM POSSIVETS FRATURAS EM MID

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pt vítima de queda de moto há 1h. Apresentando dor intensa da maioria em braço e punho . Sem náuseas. Diagnóstico de TCE. Negrão desvio, ou náuseas. Conduta: - Rx, braço e punho . - Radiologia. Ortopedia.

Prescriçao

Horario da medicacao

Dr. Almir Ferreira
CRM-PB 10.469

Psicologia 05/02/2019
Resposta Vinte de
automação e inteligência
Artificial
Luis Henrique de Souza
psicólogo
0001234567 - 0000-00-0000

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 04/02/19

Nome: Douglas Michel
 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: Dor em Pe e Ombro D

HDA: Doce com dor no pe e ombro. Dor +
doença e febre de 38°C.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
 []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Histeria []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 []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
 []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

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

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
 []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de T-
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____
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: *T + Enfismaço* ① (F)
T + 30 2, 3° e 4° MTS.

Conduta: ① *Intervenções VI Enfismaço*



| | | | |
|--|------------|-----------------------------|--|
| Nome: <i>DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA</i> | | | Registro: |
| Idade: 19a | Sexo: MASC | Cor: | Clinica: <i>Traumato</i> EMP: _____ LR: _____ |
| Data: 13/02/2019 | | Cirurgião: <i>GUTENBERG</i> | |
| 1º Assistente: <i>VALDEBAN RI</i> | | 2º Assistente: _____ | |
| Anestesista: <i>VIRGINIA</i> | | Instrumentador: _____ | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>Fratura dos Ossos do Antebraço Direito</i> | | | <i>S52.4</i> |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>O mesmo</i> | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | CÓDIGO |
| <i>Osteossíntese do Antebraço</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | |
| Descreva: _____ | | | |
| Biópsia de Congelação: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebrço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Incisão subcutânea em borda da ulna

Dissecção por planos entre entre o extensor ulnar do carpo e flexor ulnar d

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise da ulna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa DCP 8 FUROS 3.5mm + 7 parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Redução de fragmentos ósseos do ulna

Aposição de 01 Placa 1/3 de cano 8 FUROS 3.5mm + 8 parafusos corticais

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SJ a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 13 / 02 / 2019

Dr. Valdebar Carvalho
Médico - CRM 7697
MÉDICO / CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Douglas Michell
d Oliveira.
Bach. C.

há 06 meses
paciente vítima
de acidente de
moto (sic) saiu
de Fr. Luis e de
2 a 3 dias e ficou
ativamente
desde descrever
proceder de
recepção de 4º em
04/02/2019

D. José Dutra Assinatura e Carimbo

J. Dutra



②



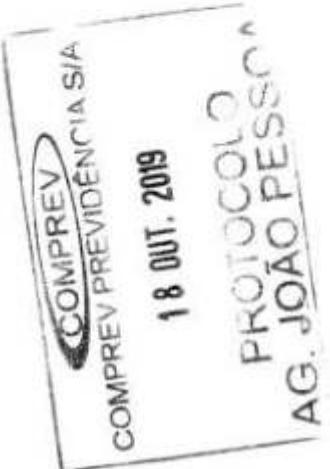
RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

2 aferições
sensibilidade
verde e amarelo
fornecido
pressão na
plantas
fevereiro
a dor quan-
do aferição
chão ou vés-
cicas abertas

Dr. José Góesbom C. de Lima
Assinatura e Carimbo

J. G. S. R.
HOSPITAL MANGABEIRA





3

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

do. Antônio
te o meus
má apresenta
condições
de trichoman.

CID 592.2
T93.2

✓ R 06/09/19

Dr. José Guterbeig C. de Lima

033 00 738

Hospital Universitário

Dr. José Guterbeig C. de Lima

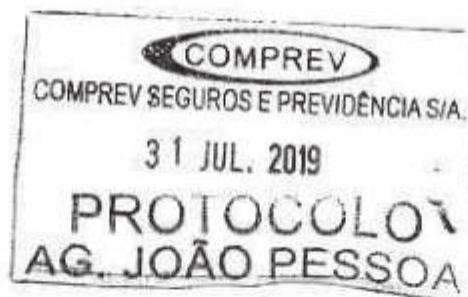
033 00 738

Assinatura e Carimbo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456306 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
BATISTA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456306 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA **Data do acidente:** 04/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA À DIREITA.
FRATURAS DE 2º AO 4º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS NO ANTEBRAÇO - PAG 8), DEMAIS CONSERVADOR PG. 5,6 (RELÓGIO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA NO SINISTRO ATUAL EM 25% PARA MSD.

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 10% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU RESIDUAL - PÉ DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. JOSÉ GUTEMBERG, PG. 1,2,3.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PROCURAÇÃO

Outorgante: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BAPTISTA, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão OPERAÇÕES, residente e domiciliado à Rua Socorro Paixão, nº 320, bairro JARDIM VENEZIA, Município de S. LUIS PESSOA, Estado de(o) PARAÍBA Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 3654.503, SSP/PB e CPF nº 304.314.874-05

Outorgado: Guilherme Flávio da Fonseca Melo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Cur. João Machado, nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58000-000, portador (a) do RG nº 2668291, SSP/ PB e CPF nº 011.197.984-69.

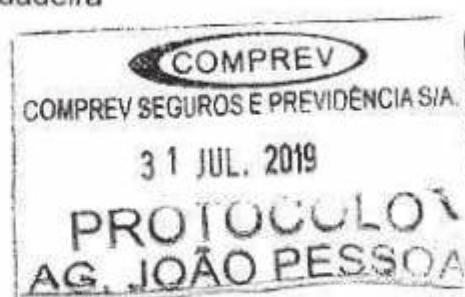
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Douglas Michel de Oliveira Batista, ocorrido em 04.02.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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

João Pessoa, 28, de Março, de 2019.

✓ Douglas Michel de Oliveira Batista
Outorgante
CPF N° 304.314.874-05.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260403/19

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

CPF: 704.314.874-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2019

Titular do CPF: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA : 704.314.874-05

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: 31/07/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260403/19

Número do Sinistro: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

CPF: 704.314.874-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2019

Titular do CPF: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| Facultar o(s) tipo(s) de cobertura: | <input type="checkbox"/> DAVIS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| Nº do anexo ou ASU: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 704.314.874-05 | Douglas Michel de Oliveira Batista | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (MÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUERF 11445/2012 | | | |
| Nome completo: | Douglas Michel de Oliveira Batista | | |
| Profissão: | autônoma | Endereço: | R. Ex. Joaquim de Sá 100 |
| Bairro: | Jardim Sônia | Cidade: | João Pessoa |
| E-mail: | | | |
| CPF: | 304.314.874-05 | Número: | 120 |
| | | Complemento: | |
| CEP: | 58.000-400 | UF: | PB |
| Tel (DDD): | (83) 99921-9283 | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma conta):

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (337) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (201) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (301) |

CONTA CORRENTE (Informar uma conta):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3141

CONTA: 00110001

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

AutORIZO à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu fui(s) 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 a pena de lata, 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 [selecionar 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.

Foi-me feito esse relatório, solicitei o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica à custa da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso decorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÓRICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco (mim à vítima): Vítima deixou (companheiro): Sim Não Se a vítima deixou (companheiro), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou (nascido) Sim Não Vítima deixou (pais/avós vivos) Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019
 Nome: Douglas Michel de Oliveira Batista
 CPF: 704.314.874-05

(*) Assinatura de quem assina a RGCC.
 Assinatura da vítima/beneficiária (declarante):

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RISCO
 na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a de-lhe cópia do atestado de conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, RG E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.