



Número: **0801834-25.2020.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **23/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VICTOR SILVA DE LIMA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38493 275	18/01/2021 20:57	<a href="#">2779075_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533678

Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 01539/01540 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070770



Carta nº 14792397





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

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533678

Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14907611





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

---

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533678

Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01695/01696 - carta\_16 - INVALIDEZ

00010848



Carta nº 15644726





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 709702294-96 4 - Nome completo da vítima: VICTOR SILVA LIMA

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

5 - Nome completo: VICTOR SILVA LIMA 6 - CPF: 709702294-96  
7 - Profissão: MARCHANTE 8 - Endereço: SÍTIO CHACARA SANTO ANTONIO 9 - Número: 10 - Complemento: S/N  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CUBATI 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58167-000  
15 - E-mail: nlotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 558537 1 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha 2019

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA  
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICU/PB  
DELEGACIA DE CUBATI/PB  
Tel (83) 3385-1353



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 12/2019

**DATA DO FATO:** 03/03/2019

**HORA DO FATO:** Aproximadamente às 16h40min

**LOCAL DO FATO:** PB 177

**DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:**

Às 11h do dia 05/09/2019.

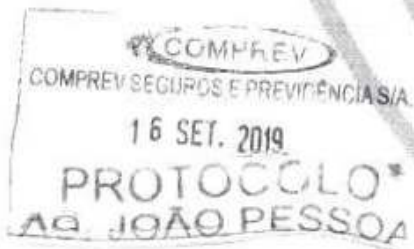
**DO COMUNICANTE E VÍTIMA:** VITOR SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, marchante, natural de Cubati/PB, nascido aos 25/01/2001, RG: 4.237.703 SSDS/PB, CPF: 709.702.294-96, filho Adilton Gerlan Alves de Lima e de Maria Verônica da Silva, residente no sítio Chacara Santo Antônio, zona rural do município de Cubati/PB, fone: (83) 9.8853-1178.

**Motivo:** Acidente de Trânsito Motociclístico

**NARRAÇÃO DO FATO:** Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda CG 150 FAN EDSI, Ano/Modelo: 2015/2015, Cor: Vermelha, Placa: QFF1554/PB, Chassi: 9C2KC1680FR212153, Renavam 0104780345-0, Registrada e Licenciada em nome de: Jaerton Cavalcante Eustáquio, CPF 702.140.784-10, quando em uma curva perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao solo, sofrendo traumatismo na perna direita, sendo socorrido pelo SAMU de Soledade/PB, e que diante a da gravidade da lesão foi levado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que foi cirurgiado permanecendo internamento de 35 dias. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: Vitor Silva de Lima

Maria do Carmo Farias de Assis  
Agente de Investigação  
Matrícula: 182000-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA  
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICU/PB  
DELEGACIA DE CUBATI/PB  
Tel (83) 3385-1353



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 12/2019

**DATA DO FATO:** 03/03/2019

**HORA DO FATO:** Aproximadamente às 16h40min

**LOCAL DO FATO:** PB 177

**DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:**  
Às 11h do dia 05/09/2019.

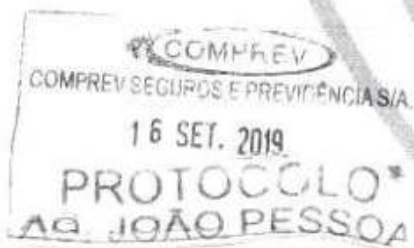
**DO COMUNICANTE E VÍTIMA:** VITOR SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, marchante, natural de Cubati/PB, nascido aos 25/01/2001, RG: 4.237.703 SSDS/PB, CPF: 709.702.294-96, filho Adilton Gerlan Alves de Lima e de Maria Verônica da Silva, residente no sítio Chacara Santo Antônio, zona rural do município de Cubati/PB, fone: (83) 9.8853-1178.

**Motivo:** Acidente de Trânsito Motociclístico

**NARRAÇÃO DO FATO:** Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda CG 150 FAN EDSI, Ano/Modelo: 2015/2015, Cor: Vermelha, Placa: QFF1554/PB, Chassi: 9C2KC1680FR212153, Renavam 0104780345-0, Registrada e Licenciada em nome de: Jaerton Cavalcante Eustáquio, CPF 702.140.784-10, quando em uma curva perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao solo, sofrendo traumatismo na perna direita, sendo socorrido pelo SAMU de Soledade/PB, e que diante a da gravidade da lesão foi levado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que foi cirurgiado permanecendo internamento de 35 dias. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: Vitor Silva de Lima

Maria do Carmo Farias de Assis  
Agente de Investigação  
Matricula: 182000-1



CIVIL  
PARAÍBA







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709702294-96

4 - Nome completo da vítima:

VICTOR SILVA LIMA

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

5 - Nome completo:

VICTOR SILVA LIMA

6 - CPF:

709702294-96

7 - Profissão:

MARCHEANTE

8 - Endereço:

SITIO CHACARA SANTO ANTONIO

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

CUBATI

13 - Estado:

PG

14 - CEP:

58167-000

15 - E-mail:

nlotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

558537

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha 2019

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife/PE, 12/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Victor Silva Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



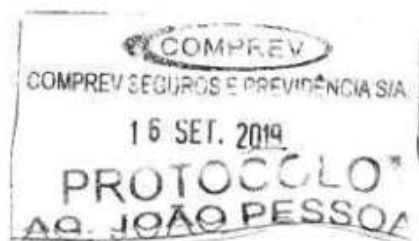


### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 3/3/2019	HORA: 16:40	ID N°: 1759365 USA 31
NOME: VITOR SILVA DE LIMA		
QUEIXA: COLISÃO DOIS CARROS E MOTO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO NOVA PALMEIRA		
CIDADE: SOLEDADE		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 27 de agosto de 2019.



*Gláucia Michaelle F. Costa*  
**Gláucia Michaelle F. Costa**  
COORDENADORA SAMU  
COREN 284.878

Coordenação  
SAMU Soledade 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Horácio da Costa Lima, Centro CEP: 58155-000 Soledade-PB





Hipercard



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



Postagem: 09/03/2019  
Vencimento: 17/03/2019  
Emissão: 02/03/2019  
Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

### Resumo da fatura em R\$

Saldo da fatura anterior	0,00
Adaptação de fatura para fatura digital	0,00
Saldo transferido	0,00
Crédito de fatura anterior e transações	0,00
Saldo devedor atual	1.192,43
<b>Total desta fatura</b>	<b>1.192,43</b>

Atenção: Para evitar o pagamento de juros e multa, pague a fatura antes do vencimento. Se não puder pagar, informe a situação de atraso para negociar o parcelamento da dívida.

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

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

vencimento

**17/03/2019**

A) pagamento total

**1.192,43**

B) pagamento mínimo

**181,24**

C) parcelas fixas

**131,59**  
**+23x 131,59**

Vejam outras opções de crédito

Se o pagamento mínimo, o valor a pagar aumenta em relação ao valor mínimo da fatura. Isso acontece porque o valor mínimo da fatura é calculado com base no valor mínimo de pagamento mínimo. Se não for pago o valor mínimo, o valor a pagar aumenta em relação ao valor mínimo da fatura.

### Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.192,43
Limite utilizado no mês	0,00
Saldo devedor atual	1.192,43

### Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)			
DATA	ESTAB. / LOJA	VALOR	DESCRIÇÃO
03/10	EBANK-TRA	19,90	03/10
18/12	FARMACIA VETERINARIA	126,68	18/12
24/12	TORRA TORRA BICOITO	88,17	24/12
24/12	FARMACIA VETERINARIA	63,45	24/12
23/01	ANIRFRANCIO	77,55	23/01
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62	06/02
07/02	FARMACIA PAGUE ME	44,53	07/02
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90	14/02

Compra presencial  
com uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7  
Número do Documento: 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000  
Nome do Pagador (CPF/CNPJ): NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.981.774-65  
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ): HIPERCARD BANK DO BRASIL S.A. - 01.611.236.0001-40  
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA 253 - P.A. GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador  
Número: 17515717798-8  
Valor do documento: R\$ 1.192,43  
Data: 02/03/2019  
Assinatura: 792,439837106

COMPREV  
COMPREV SEGURADORA DE PREVIDENCIA S/A  
16 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA







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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

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

VICTOR SILVA Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 709702244,96

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VICTOR SILVA Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 709702244,96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>Rua Roldão Zacarias de Macedo</b>	Número: <b>145</b>	Complemento:
Bairro: <b>JK</b>	Cidade: <b>Picuí</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail: <b>nilotdantas@hotmail.com</b>	CEP: <b>58187-000</b>	Tel.(DDD): <b>(83) 99912-5490 / 3371-2274</b>

Local e Data: Picuí/PB, 13 de Setembro de 2019.

Nilo Trigueiro Dantas  
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
16 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

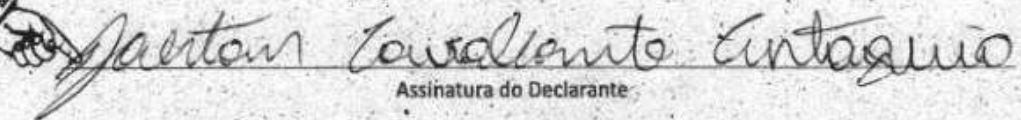
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

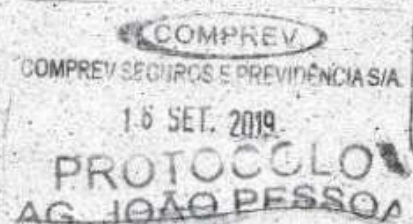
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jaerton Cavalcante Bastos  
RG nº 4.044.081, data de expedição 1/1/  
Órgão SSPS/PP, portador do CPF nº 702.140.784-00  
com domicílio na cidade de Cubati, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Padre Apolônio, nº 100  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(é)a de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Victor Silva Bruno, cujo o condutor era  
o mesmo  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda 160 FAU 505 Ano: 2015  
Placa: QFP1554/PB Chassi: 9C2KC1680FR212153  
Data do Acidente: 03/03/2019

Local e Data: Picuí - PB, 05 de Setembro de 2019

  
Assinatura do Declarante

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







ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1845351 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Médicos, Campinas Grande - PB, CEP: 58422-809 Data: 03/03/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Salmira Cavalcante Pereira Araújo

**PACIENTE: VICTOR SILVA DE LIMA** CEP: 58167000 Nascimento: 25/01/2000

Endereço: MANOEL BARROS

Cidade: Curitiba

Ngũ gia Mễ:

Respondent: AUBRIANE

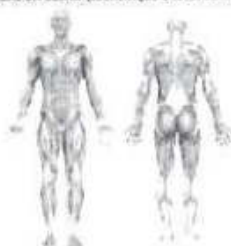
Estado Civil: Soltero

**Mezger: ACIDENTE DE MOTO**

Methers

OBS FICHA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



081

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

<http://dx.doi.org/10.1155/2013/143767>

03/03/2019

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#0709212 #

Patate viciña a Pichincha  
de nota de presentación de  
Exposición de San Carlos (D) &  
Exposición de San Carlos (D).

Dr:  $f_2 f_1' \sigma_{21}^{-1} \tau_{21}^{-1}(\mathcal{D})$ .

Apr 29 at the San Diego Hotel

Wagner, John  
Cal. 1910  
90-3

COMPREV  
COMPREV SEGURDES E PREVIDENCIA S/A.  
16 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AA. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) A revida  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ \ ( ) Decisão Médica

1. Transferen-la a altroc SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário):

**SERVICIOS REALIZADOS:**

### CONSIGLI PROCEDIMENTO

590

104DE

[illegible]

<http://10.1.1.10/vervel/drop/impresurgenca.php?contar=1645351>

302





Ficha de Acolhimento

Nome: Cláudio Silva de Sousa  
End: Alameda Santos 90 Bairro: Parabense  
Data de Nascimento: 25-01-2000 Documento de Identificação: 123456789  
Queixa: Acidente Data do Atend.: 03-05-19 Hora: 15:24 Documento: 123456789  
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente  
Frequência respiratória: 12 Frequência cardíaca: 80  
Pressão arterial: 120/80 Temperatura axilar: 36,5  
Dosagem de HGT: 120 Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida  
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

Nome do Paciente: Cláudio Silva de Sousa N° Prontuário: 123456789  
Data da Operação: 03-05-19 Enl: 123456789 Leto: 123456789  
Operador: Dr. Paulo Roberto 1° Auxiliar: Dr. João 2° Auxiliar: Dr. Maria 3° Auxiliar: Dr. Carlos  
Anestesia: 123456789 Tipo de Anestesia: 123456789  
Diagnóstico Pré-Operatório: 123456789  
Tipo de Operação: 123456789  
Diagnóstico Pós-Operatório: 123456789  
Relatório Imediato da Patologia: 123456789  
Exame Radiológico no Ato: 123456789  
Acidente Durante a Operação: 123456789

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica - Linhas - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral  
1. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
2. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
3. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
4. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
5. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
6. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
7. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
8. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
9. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral  
10. Acesso por via abdominal - técnica de laparoscopia - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceral

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Victor gile IDADE: 76  
( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 1 LEITO: 3 DATA: 21/11/19

**DIAGNOSTICO:**

$$F_{\text{x flat}} + \text{Expenditure}$$

MATERIAL ESPECIAL:

Plant - Hebert 3.5	+	Plant - 1 g	fine
			medium

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARINBO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Paula Maria	Idade:	40
Convênio:	União	Data:	10/04/2016
Procedimento:	Exatometria		
Cirurgião:	Dr. Paulo Roberto	Auxiliar:	Dr. Paulo Roberto
Indicador:	Dr. Paulo Roberto	Turno:	Manhã
		Anestesiista:	Dr. Paulo Roberto

Horas	PA	Pulso	SAT 02	Responsivo	A. Motora	Conciencia
04:45	146	41	94%	4.1/4.0/3		
05:15	128	50	94%	4.0/4.0/3		
05:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
06:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
06:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
07:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
07:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
08:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
08:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
09:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
09:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
10:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
10:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
11:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
11:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
12:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
12:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
13:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
13:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
14:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
14:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
15:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
15:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
16:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
16:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
17:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
17:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
18:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
18:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
19:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
19:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
20:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
20:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
21:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
21:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
22:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
22:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
23:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
23:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
00:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
00:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
01:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
01:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
02:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
02:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
03:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
03:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		
04:15	130	51	94%	4.0/4.0/3		
04:45	130	51	94%	4.0/4.0/3		

[illegible]

### Observações:

Observações:  
 O teste foi realizado com sucesso, sem  
 ocorrerem erros ou falhas durante a  
 execução. O resultado foi positivo.

Assinatura Anestesiista

Relatório de Operação

Circularité

1000



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
<b>HUECC</b>	HOSPITAL DE DOM LUIZ E
FOLHA DE ANESTESIA	30/04/2011 Victor

**CIRCULANTE RESPONSIVEL**  
Franciele de Souza S. Cardoso  
Téc. de Informática  
COORDENADORIA DE TI

[illegible]





08/04/2019

HSP/Secretaria de Administração

GOVERNO  
DO ESTADO DO  
MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 08/04/2019  
Hora: 09:08:50  
Médico(a) Titular: Wagner Luiz Tigno Da Araujo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019  
Nome da Mãe: MARIA VERONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Sexo: M  
Clínica(ORTOPEDIA) Enfermeiro: Enfermeiro: 1 Letão: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D Cirurgia Realizada:

## EVOLUÇÃO

DATA: 08/04/2019 HORA: 09:04:28

PACIENTE SEDE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 5º DIA, SEM QUEIXAS, BOA  
ALIMENTAÇÃO DA DIETA, DIRESSE EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL,  
AO EXAME: REG. ACUTÓGICO, ANTERIOR, ELIPSE, NORMOCORADO, HIRATADO, APT BRIL.  
AP: MV + EM ART. SEM RA.  
ABDOM: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.  
SNC: EFG: 15  
TENDÊNCIAS: BOA PERFEIÇÃO, FO COM BOM ASPECTO.

- # CONDIÇÃO:
- PRECETIVO ANTIBIOTICO + ANE + ANALGICO.
  - ESCALANDO A FISIOTERAPIA.
  - ESCALANDO AO AVALIADOR DE EGRESSOS.
  - FORNECENDO ATESTADO MEDICO.
  - ORIENTAÇÕES GERIAIS.
  - ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO do S. José  
Wagner Luiz Tigno Da Araujo  
CRM - 93.197

GOVERNO  
DO ESTADO DO  
MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 02/04/2019  
Hora: 09:08:17  
Médico(a) Titular: Ana Maria Da Silva Anacleto

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M  
Nome da Mãe: MARIA VERONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 03/01/2019  
Clínica(ORTOPEDIA) Enfermeiro: Enfermeiro: 1 Letão: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

## PRESCRIÇÃO

DATA: 02/04/2019 MÉDICO(A) ASSISTENTE: Eder Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anacleto /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. ITRASCIO. 8h/24h	
3	CIETRIAXONA SOBRE A C/INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. ITRAM. 12h/12h	
4	AD/100	
5	Recomendar 10 ML. AID. Diluir em 100 ML. SF	
6	DIPIRONA SOBRE A 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. 6h/6h	
7	TENDONICAM 20 MG SEM DENTE E.V. PRA AM. 12h/12h	
8	Recomendar 2ML. AID.	
9	KONDANSETONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
10	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG VO. 1COMPR. 8h/8h. 5h/5h	
11	FINOTERAPIA MOTORA	
12	CLUIDADOS GERIAIS + SINAIS VITAIS	
13	ETRIATIVOS	
14	EM JOELHO DIREITO COM SOLFADIAZINA DE PRATA	

DATA: 02/04/2019 HORA: 09:07:23

PACIENTE SEDE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE BOA DISCRETA EM  
REGIÃO DO JOELHO DIREITO, BOA ALIMENTAÇÃO DA DIETA, DIRESSE E EVACUAÇÕES PRESENTES,  
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.  
AO EXAME: REG. ACUTÓGICO, ANTERIOR, ELIPSE, NORMOCORADO, HIRATADO, APT BRIL.  
AP: MV + EM ART. SEM RA.  
ABDOM: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.  
SNC: EFG: 15  
TENDÊNCIAS: BOA PERFEIÇÃO, FO COM BOM ASPECTO.

- # CONDIÇÃO:
- TROCAR CERVICAL + REALIZAR CERVICAL EM LESÃO DO JOELHO COM SULFADIAZINA DE PRATA.
  - VPM.
  - ACURDIA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO do S. José  
Ana Maria Da Silva Anacleto  
CRM - 93.197

### EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

## EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

OK  
OK  
Fr. plasto tibial +  
Esquela tibial (D)

Paciente	Victor Silva	Alojamento	3	Leito	2	Convênio	Esperança - Tibial D
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
08/03	1. Dieta livre 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jam 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 12/8h 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG Analgia + m EV 5/8h Reposar no leito.	5:30 etc 12/10/08	Fr. na R. extensor afeto Extensor joelho D 3/4+ Fr. VPM Ingraman Fia. Extensor				

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

OK  
OK  
Fr. plasto / Esquela (D)

Paciente	Victor Silva		Alojamento:	1	Leito	2	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
08/03	1. Dieta <u>lula</u>		18		BEG extensor afeto Goleira 2/4+ Sucesso (+) H. P			









GOVERNO  
DO ESTADO  
DE MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/03/2019

Hora: 02:03:43

Médico(a) Danista: Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA VIBRONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 05/03/2019

Clinica/ORTOPEDIA I Internista: I Lote: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DIA 25/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner De Melo Farias / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTIAZOLONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h	
3	Reconstruir 10 ML ABD. Dólar em 100 ML SF	
4	DIETÓ SALINIZADO	
5	DIETÓ SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 500b	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP. 12h/12h	
7	Reconstruir 2ML ABD.	
8	CONDANSERTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
9	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 12h/12h	
10	DIETÓ em 100 ML SF	
11	PARACETAMOL 500MG + FORMATO DE CLOREXINA 30 MG VO. 1COMP FAZER SE NECESSÁRIO	
12	1 CP VO. 8 HORAS SE DOR MODERADA/INTENSA	
13	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 25/03/2019 HORA: 02:02:34

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM REG. SEM INTERCORRÊNCIAS.

# CD:  
- VPJ  
- AGLUADA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Wagner De Melo Farias  
Médico(a) Assistente  
CRM - MS 4172



GOVERNO  
DO ESTADO  
DE MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/03/2019

Hora: 08:37:59

Médico(a) Danista: Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA VIBRONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 05/03/2019

Clinica/ORTOPEDIA I Internista: I Lote: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DIA 24/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner De Melo Farias / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTIAZOLONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h	
3	Reconstruir 10 ML ABD. Dólar em 100 ML SF	
4	DIETÓ SALINIZADO	
5	DIETÓ SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 500b	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP. 12h/12h	
7	Reconstruir 2ML ABD.	
8	CONDANSERTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
9	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 12h/12h	
10	DIETÓ em 100 ML SF	
11	PARACETAMOL 500MG + FORMATO DE CLOREXINA 30 MG VO. 1COMP FAZER SE NECESSÁRIO	
12	1 CP VO. 8 HORAS SE DOR MODERADA/INTENSA	
13	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 08:36:41

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM REG. SEM INTERCORRÊNCIAS.

# CD:  
- VPJ  
- AGLUADA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Wagner De Melo Farias  
Médico(a) Assistente  
CRM - MS 4172



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:57:46

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820574582800000036705971

Número do documento: 21011820574582800000036705971

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fe. Hcto. laborif. (D)

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Victor Silva	EX	02	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/03	1. Dieta Livre 2. Sól 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 03 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12/18/20 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24	Pl. em REC. admissional climaticamente estável Cox. V. (D)

16/03/2019

HPL-Paraná Administrativo

CNPJ: 08.848.190/0001-55

Data: 16/03/2019

Horas: 10:15:27

Médico(a) Responsável: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA VITORINIA DA SILVA Data de Nascimento: 29/01/2000 Admissão: 03/03/2019

Clínica ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FX PLAVIO THIAL D

DIA 16/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML E.V. 04/06/06h	12/24 - 06:27h
2	TRAMAL 100MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
3	TRAMAL 100MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
4	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
5	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
6	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
7	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
8	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
9	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h
10	ONDANSETRON 4MG/ML 2 ML E.V. 02/06/06h 12/12h	12/24 - 06:27h

EVOLUÇÃO

DATA: 16/03/2019 HORA: 10:15:27

REG. ESTAB.

SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: 17M

ASSINATURA + CARIMBO  
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Ribeiro De Castro  
CRM: 10810/PR-14.000



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Plecto + Esp. tibia (D)

Paciente	VICTOR SILVA		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
15/03	1. Dieta <i>luz</i>		BET estável e bem		
	2. SRI 1500ml EV/24h <i>jele</i>				
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		Edema + 1/4 + glicose (D)		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>SN</i>				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum <i>Salvo</i>		Col. VEM		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		Agnosia convergente		
	8. Clexane 40mg SC/dia				
	9. SSVV + CCGG				
	<i>Postea 55mg EV 8/8h</i>				

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Plecto + Espinha tibia (D)

Paciente	VICTOR SILVA		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
14/03	1. Dieta <i>luz</i>		BET estável e bem		
	2. SRI 1500ml EV/24h				
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		Edema em progressão		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>SN</i>				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		Col. VEM		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
	8. Clexane 40mg SC/dia				
	9. SSVV + CCGG				









**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1545428	Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA	Idade: 01º	Sexo: M
---------------------------	--------------------------------	------------	---------

Neolog da VIDE: MARIA VILRONICA DA SILVA  
Data de Nascimento: 29/11/2000  
Autoridade: 01.05.2004

Clinical HISTORY	Etiological	Laboratory	Diagnostic	NON-ATOTRIBAL
------------------	-------------	------------	------------	---------------

6102/PL/000 N101

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Eder Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jaelo Cesar Ribeiro De Castro  
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Amorim /

MEDIC(O)A ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo

[illegible]

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΑΙ

DATA: 06/04/2019 10:07:39

PACIENTE NEGUEI, EITO DE ENFERMADA, CONSERVANTE E DIGNO, SEM QUAIS-  
 NHA, SEM QUAIS- NHA, SEM QUAIS- NHA, SEM QUAIS- NHA, SEM QUAIS- NHA,  
 ACETATO DE DIABETIL, DIABETIL, E FACIL ACOES PRESENTES, REDUZI-  
 AO EXAME, HPT, ACTINOMYCETOS, ANTI-TRICHO, FETINICO, NORMO-  
 AC, DC, R, E, H, 21, ENE, SINA SOBROS,  
 AP, MV, + EM AIT, SEM HA,  
 ARBORE, PL, ANO, FL, ACTIVO, DEPRENSIVEL, INDOLORE, A PALPACAO,  
 ENTREMIDADES: MOVA PERIOT, SMO, POE COM BOMAS ASPECTO,  
 ENFE: EFG: IS

# CONDOTTA

- CURATIVE

ASSINATURA - CARIMATO DO(A) AUTOR(E)  
Ass Maria Da Silva *Quirino* - *Quirino*  
1025  
1025  
1025



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**DATAS DO PACIENTE:**

Nº de protocolo: 185428	Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA	Idade: 019	Sexo: M
-------------------------	--------------------------------	------------	---------

Administrador: (XX/XX/2011)

CLINICAL RATIONALE	Information	Letter	Diagnosis	EXPLANATORY
--------------------	-------------	--------	-----------	-------------

DIAN GARDNER/STAFF  
PHOTOGRAPHY

MEDICHA) ASSISTENTE : Fábio Fabrício Alves Cruz MEDICHA) ASSISTENTE : João Cesar Ribeiro De Castro  
MEDICHA) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Amorim /

**MEDICAL ASSISTANT:** Ana Maria Da Silva Almeida

[illegible]

DOI: 10.1002/anie.201910770

PACIENTE SEGURO, EXLHITO DE EXPERIÊNCIA, COM SENTINTE E ORIENTADO, EM F.D.O., SEM QÜENAS, BOA  
ACETACÃO DA DIETA, DIURESE E EXCRETIÖES PRESENTES, DE MONTAÇÃO ABSENTES ESTÁVEL,  
AO EXAMAR: HEG, ACÚSTICO, SNC TÍPICO, EL PNEU, SORDOMÓCOR DOB, HIDRATADO, AFEBRIL,  
ACÚ: RC R EM T, RCN SEM SÓRROS,  
AP: MV + EM ART, SEM RA,  
ABDOMEN: PLANO, FLACÍDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO,  
SNC: FCG +, 15  
EXTRIMIDADES: DO SEM SINUS HEMOSTÁTICO E INJECCIOSOS.

# CONDIÇÃO:  
- TRÓFICO CURATIVO + COLOCAÇÃO DE TALA COM JOELHO EM EXTENSÃO,  
- VPRIL.

ASSINATURA + C. ALBERTO DE SOUZA  
Rua Maria Da Silva  
180 - B. 100 - 100  
Cidade 28 1025





GOVERNO  
DO PARANÁCNPJ: 10.548.190/0001-55  
Data: 01/04/2019  
Hora: 08:24:58  
Módulo (a) Diária: Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 01/9 Sexo: M  
Nome da Mãe: MARIA VERÔNICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 01/03/2019  
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL B

DATA 01/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Eder Fabiano Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LÍQUIDA	
2	SORO BISOL E COM LACTATO 300ML E.V. TERAPIA O. 20/80	
3	ETILTRIANOTONA SÓDICA 100MG INTRAVENOSO INTRAVENOSULAR E.V. TERAPIA AMP. 12h-12h	
4	500 1000	
5	Reconstituir 100ML AMP. Dosear em 100ML SF	
6	DIPTERONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. A. 0h-0h	
7	TEGONING AM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP. 12h-12h	
8	Reconstituir 2ML AMP	
9	ONDANSÊTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
10	BRANTIDONAT CLORIDRATO 30 MG/ML 2 ML E.V. TERAPIA. 12h-12h	
11	Dosear em 100 ML SF	
12	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/4 ML S.C. (SERIENGA). 24h-24h (ADMINISTRAR 14h)	
13	PARACETAMOL 500MG + FENITOÍL DE CLOREXINA 30MG/VO. 1COMP. 0h-0h	
14	BISSOTERAPIA, ATERIA	
15	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
16	CURATIVOS	
17	EM JOELHO DIREITO (COM SITUAÇÃO DE PRATA)	

## EVOLUÇÃO

DATA: 01/04/2019 HORA: 08:22:34

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMAGEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, PREMANECENDO COM O ENXADRE-  
DO. DISCRETA EM REGIÃO DO JOELHO DIREITO. BOA ACRITICAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES  
PRESENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.  
AO EXAME: BEG, ACTANOTICO, ANTERIO, REFLEXO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.  
ACV: BCR EM 2T, RN, SEM SOPROS.  
AP: MV + EM ART, SEM RA.  
ABDOMEN: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.  
SNC: ECG: 15  
EXTREMIDADES: FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E INFECIOSOS.

# CONDIÇÃO:  
- TROCAR CURATIVO - REALIZAR CURATIVO EM LESÃO DO JOELHO COM SUTURADA DE PRATA.  
- VPAL.  
- AGUARDAR CURATIVO.  
- SOLICITAR DE JOELHO.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
CNPJ: 10.548.190/0001-55  
Data: 01/04/2019  
Hora: 08:24:58

GOVERNO  
DO PARANÁCNPJ: 10.548.190/0001-55  
Data: 20/03/2019  
Hora: 10:06:05  
Módulo (a) Diária: Ana Maria Da Silva Anselmo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 01/9 Sexo: M  
Nome da Mãe: MARIA VERÔNICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 01/03/2019  
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL B Cirurgia Realizada:

## EVOLUÇÃO

DATA: 20/03/2019 HORA: 10:06:27

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMAGEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. BOA ACRITICAÇÃO DA  
DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.  
AO EXAME: BEG, ACTANOTICO, ANTERIO, REFLEXO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.  
ACV: BCR EM 2T, RN, SEM SOPROS.  
AP: MV + EM ART, SEM RA.  
ABDOMEN: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.  
SNC: ECG: 15  
EXTREMIDADES: FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E INFECIOSOS.

# CONDIÇÃO:  
- TROCAR CURATIVO.  
- VPAL.  
- AGUARDAR CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
CNPJ: 10.548.190/0001-55  
Data: 20/03/2019  
Hora: 10:06:05













**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETTRAN - PB** Nº 014798415738  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 20190000177434-7

VIA 1 CDD-RENAVAM 0104780345-0 RUA/R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME  
JAERTON CAVALCANTE EUSTAQUIO

CPF - CNPJ 70214078400 PLACA QFF1554/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680FR212153

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª 2ª 3ª

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO - COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 30/04/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CUBATI - PB LOCAL DATA 30/04/2019

33375 20109

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014798415738 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 30/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 70214078400 PLACA QFF1554/PB

RENAVAM 01047803450 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680FR212153

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* COTA L.SERV.PAG.RES. BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO 30/04/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.008/0001-04

20109-1333303-20190430

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CENTRO NACIONAL DE LICENCIAMENTO

NOME JAERTON CAVALCANTE EUSTAQUIO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO Nº 4044081 SS02 PB

CPF 702.140.784-00 DATA NASCIMENTO 30/12/1994

NÚMERO JOSENILDO EUSTAQUIO DE SOUSA DENISE CAVALCANTE EUSTAQUIO

PERMISSÃO SOC CENSO ADI

Nº PASSAPORTE 05889801903 VALIDADE 05/03/2023 1ª EMISSÃO 24/09/2013

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 06/03/2018

ASSINATURA DO TITULAR 82451227414 PB036415936

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1549082188

IBERO PLASTIFICAR 19082188

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Victor Silva Lima, brasileiro(a),  
solteiro, marçante, portador(a) do RG nº.  
4.237.703 expedido por SSP/PB em 06/06/2019 e do CPF nº.  
709.702.294-96, residente na (o)  
Sítio Chocara Bonito Antonio - S/N - Zona rural  
município de Cubati - PB, CEP 58.167-000.

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

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

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

Reconheço a Firma  
Cartório de Cubati

Picuí - PB, 05 de setembro, de 2019.

Victor Silva de Lima  
outorgante

