

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JANDIR RODRIGUES DA SILVA,

RG nº 2.292.365, data de expedição 19/12/2017 Órgão SSDS/PB,

CPF nº 034.043.214-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO ALTO DOS MEDEIROS</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>JUAZEIRINHO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRINHO - 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Jandir Rodrigues da Silva



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 25/A. MIRANTE
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 55025-000 (40) 4011-4011

Energisa

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Energisa - Distribuidora de Energia S/A
CNPJ: 07.420.586/0001-05 Insc. Est. 18.902.309-1

Emissão: 05/02/2018 Referência: Fev / 2018
Código: 5.421. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Ret: 10 3 - 401 - 189 - 3536 NF Medidor: 32095011234

Nota Fiscal: Única de Frete Emissão Nº 003.207.201
Cód. para Dth. Automático: 0000120619

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	05/02/2018	06/03/2018	2784903443 nro. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato

- Lave as mãos no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um fã de segurança e
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
05/01/18	5541	05/02/18	5736	28

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Tarifa por kWh	Valor	Valor por kWh	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo em kWh	147,00	0,68	0,68	100,41	0,68	100,41	0,68	100,41
0002	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0019	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0020	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0021	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0022	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0023	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0024	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0026	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0027	CONTRIBUIÇÃO	10,00	0,00	0,00	0,00</				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **027.849.034 / 43**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **034.043.214/ 48**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ**, da Vítima **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **034.043.214/ 48**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

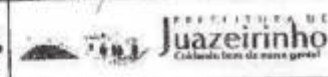
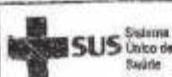
Endereço RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		Número 25	Complemento
Bairro MIRANTE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.407-548
Email alexandredpvt@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83) 3342-2471	Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980

CAMPINA GRANDE, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E HOSPITALAR DE JUAZEIRINHO
CÓDIGO DO CNEB: 2613697
ENDEREÇO: Rua Carmen Verônica Araújo Barbosa, 469

PACIENTE
NOME: Yandir R. da Silva IDADE: 39 SEXO: M
PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____
ENDEREÇO: Alto dos Médicos
MUNICÍPIO: Juazeirinho UF: _____ TEL: _____
CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE): 050775 CNS: 701106849474180
DATA DO ATENDIMENTO: 10/06/17 DATA DE NASCIMENTO: 25/04/78
NOME DA MÃE: Deilcilene Rodrigues da Silva

RACIA/COR
() 1 - Branca () 2 - Preta () 3 - Parda
() 4 - Amarela () 5 - Indígena () 6 - Sem informação

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Paciente vítima de queda de moto
travando por problemas mecânicos
das 17:00h aproximadamente houve um
hemorragia dentária e trauma em 5º pé
destruindo o esmalte (fratura). Nega

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
DM, HbA1c, glicose e medicação
em outros exames. Tem suspeita
de TCE e com abdômen aumentado
depois que chegou aqui.

RESULTADOS
Obs: Paciente alcoolizado!

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1) Dipirona 500mg/ml 100ml
2) Tetraciclina 400mg 100ml
3) Aspirina + Clotrimazol 100ml
4) Exatoma 100ml

CARÁTER DO ATENDIMENTO

() 01 - Eletivo () 02 - Urgência
() 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
() 04 - Acidente no trajeto para o trabalho
() 05 - Outros tipos de acidente de trânsito
() 06 - Outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO - CID 10

Trauma em fratura distal de
osso metacarpo do 5º dedo da mão direita

MEDICAÇÃO:

() PRESCRITA
(X) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

() OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA
() INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL
() ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGOS / PROCEDIMENTO

1) 86.00.01
2) 86.00.02
3) 86.00.03
4) 86.00.04
5) 86.00.05

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO

CNS

CBO

CBN

ASS. DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

X. Vilmaria Trigueiro da Silva

ASS. DO RPV: TÉCNICO - CARIMBO

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Jandir Rodrigues da Silva
ASSINATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.292.365 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2017

NOME
JANDIR RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO
MANOEL HENRIQUE DA SILVA
TERTULINA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 25/04/1978

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 0004781 - LV.0005 - FLS.042 - CARTÓRIO
JUAZEIRINHO-PB

CPF 034.043.214-48

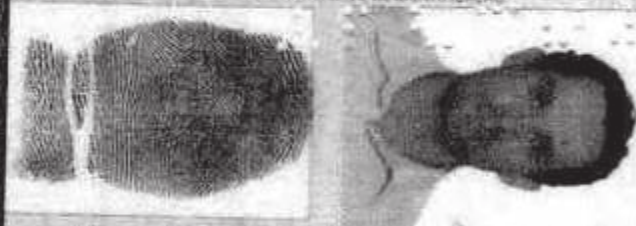
Assinatura do titular

29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234



Alexandre Marques Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/2013

NOME ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

FILIAÇÃO NEURI RODRIGUES DE SOUZA
MARIA DE LOURDES MARQUES RODRIGUES

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/06/1977

DOC ORIGEM
NASC.N.0936 FLS.135 LIV.002
CARTORIO MASSARANDUBA-PB

CPF 027.849.034-43

Alexandre Marques Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES QUEMPELUTATOU POR SIO CARGA AFEISSOAS
TRANSITO DE VIAS DA MG 55423-1000

MG Nº 7127387967

BILHETE DE SEGURO SPVA

JULIO CESAR DE SOUZA LELES
R. JOAO DO VARE, 617
CASA N. SRA DE FATIMA
35700-120 SETE LAGOAS MG

064.983.506-95

HCD-0953

BILHETE DE SEGURO SPVA VIA CONVENIO

MG Nº 7127387967

2007 14/12/07

JULIO CESAR DE SOUZA LELES
CASA N. SRA DE FATIMA
35700-120 SETE LAGOAS MG

064.983.506-95

HCD-0953

85.198493 02HONDA CB 150 SPORT

2005 09

9D2KC08605R000135///

SEGURO PAGO

DESPREZAR ESTA PARTE DO DOCUMENTO

VIA CONVENIO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Eu Gaudir Rodrigues da Silva por essa carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, conforme, consta na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da lide estão exigindo, aonde o proprietário da moto, é pessoa desconhecida, ou seja, adquiriu a moto de um terceiro, e não do próprio dono da moto, assim não consegui realizar a transferência para meu nome, assim peço a compreensão de vocês da lide, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Guazirinho, de junho de 2018

Gaudir Rodrigues da Silva



Procuração Particular



SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virente que aos três (13) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade de nº 2.292.365-SSP/PB, e CPF. 034.043.214-48, residente e domiciliado no Sitio Alto dos Medeiros, s/nº – na Zona Rural da cidade de Juazeirinho-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.



Campina Grande-PB, 13 de novembro de 2017.

Reconheço a Firma de Jandir Rodrigues da Silva, por seu Particularidade.

Em testº LEGAL da verdade dou fé. Juazeirinho, 14 de Novembro de 2017

Tabelião Público

Selo Digital: 66A24534-LAK8

Lei Estadual nº 10.132 de 01 de Novembro de 2013

Verifica a autenticidade em <https://veridigital.kpo.jus.br>



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180220591**

Vitima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: **10/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180220591**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12818206



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180220591
Vitima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
Data do Acidente: 10/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12819551



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180220591
Vitima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
Data do Acidente: 10/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13131941



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180220591

Vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANDIR RODRIGUES DA SILVA

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

Como o prazo de 180 (cento e 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

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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 034.043.214-48 CPF da Vítima: 034.043.214-48 Nome completo da vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JANDIR RODRIGUES DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>034.043.214-48</u>	Profissão <u>RECUSOU</u>
Endereço <u>SITIO ALTO DOS MEDEIROS</u>		Número <u>S/Nº</u>	Complemento
Bairro <u>ÁREA RURAL</u>	Cidade <u>JUAZEIRINHO</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.660-000</u>
Email <u>RECUSOU</u>			Telefone (DDD) <u>(83) 9.8889-3447</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <u>3485</u> D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u>011142</u> D/V <u>0</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

JUAZEIRINHO, 09 de ABRIL de 2018
Local e Data

Jandir Rodrigues da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000281/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000281/17 registrada em 16/11/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA MADILEINE DE OLIVEIRA LIMA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:40 horas, compareceu o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de MANOEL HENRIQUE DA SILVA e TERTULIANA RODRIGUES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.292.365, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SÍTIO ALTO DOS MEDEIROS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de JUAZEIRINHO - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 16h30min do dia 10.06.2017, estava trafegando pela Rodovia BR 230, na saída da cidade de Juazeirinho/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, ano/modelo 2005, chassi nº 9C2KC08605R008155, de placa HCD-0955/MG, licenciada em nome de Julio Cesar de Souza Leles, o qual o declarante não consegue encontrá-lo para que o mesmo lhe forneça a declaração de propriedade da moto acima mencionada, quando foi surpreendido por um veículo de marca, placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão frontal e acabou perdeu o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para a Fundação Assistencial e Hospitalar de Juazeirinho/PB, onde recebeu atendimentos médicos e no dia seguinte foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais da PRF não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 16 de Novembro de 2017

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

X Jandir Rodrigues da Silva

JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JANDIR RODRIGUES DA SILVA

CPF da Vítima

034.043.214-48

Data do Acidente

10/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JUAZIRINHO, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

Jandir Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRINHO
SECRETARIA DE SAÚDE – HOSPITAL MUNICIPAL

Declaração de atendimento

Declaro para os devidos fins que no dia 10/06/2017, a senhor **Jandir Rodrigues da Silva** portador do CNS-701 1068 4947 4180; deu entrada nesta unidade RG: 2.292362, SSP-PB, socorrido por terceiros, vítima de queda de moto, realizado primeira conduta e encaminhado para tratamento especialista com ortopedia para hospital de referência (**Trauma em Campina Grande**).


Claudia Martiniano Lameu
Port. 006A/2017
Diretora do Hospital

Diretora Geral

Juazeirinho, 25/10/2017.



VILMARA TRAJANO DA SILVA
311 ALTO DOS MEDEIROS S/N CASA - AREA RURAL
CEP 58660000 - JUAZEIRINHO / PB (AG: 85)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
3 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.085.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Clas/Sbc: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICA
Roteiro: 12-0085-050-205 Referência: FEV/2018
Medidor: 00008766543 Emissão: 19/02/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.444.363
Código para Débito Automático: 00017770009

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	4709874484

UC (Unidade Consumidora): 5/1777000-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um bônus de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/01/18	Data 20/02/18	Leitura 1768	78	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa de imposto	Valor Total (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PS (R\$)	COPV (R\$)
001	Consumo de 300Wh-0R	00	0,246600	7,40	7,40	25	1,86	7,40	0,08	0,38
001	Consumo - 21 a 100Wh-0R	48	0,421130	20,31	20,31	25	5,08	20,31	0,23	1,05
010	Subtotal			27,71	27,71	25	7,11	27,71	0,32	1,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
005	Descontos e Juros			-19,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
004	JUROS DE MORA 12/2017			0,31		0				
005	MULTA 12/2017			0,47		0				
005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,02		0				

CC	Código de Classificação do Item	Total	37,62	36,17	14,04	56,17	0,62	2,42
----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
78	27/02/2018	R\$ 37,62

Histórico de Consumo (kWh)

77	70	75	73	68	80	88	85	86	83	84	79
JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17

RESERVADO AO FISCO

C4DA.F331.94FC.D4D8.281B.C487.B83A.A2B8

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Companhia Juazeirinha

	Limites da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)
3IC MENSAL	6,27	0,00	NOMINAL
3IC TRIMESTRAL	12,54		CONTRATADA
3IC ANUAL	25,08		LIMITE INFERIOR 202
3IC MENSAL	3,42	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
3IC TRIMESTRAL	6,85		
3IC ANUAL	13,70	0,00	
3MIC	3,71		
3ICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor(R\$)	%
Serv. Dist.	7,29	19,34
Compra de Energia	9,81	26,09
Serviço de Transmissão	1,12	2,95
Encargos Setoriais	2,02	5,37
Impostos Diretos e Encargos	15,59	41,42
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

Valor do EURO(Ref 12/2017): R\$ 8,78

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em atraso

- Sua unidade foi liberada contra Débito Automático, tendo

ORTOPEDIA E BUCOMAXILA
DO HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA,
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EM CAMPINA GRANDE PB



Prefeitura de
Juazeirinho

Secretaria Municipal de Saúde
Praça João Vital Guedes, S/N Centro

Nome: Jadir R. da Silva

Endereço: _____

Cidade: _____

RECEITUÁRIO SIMPLES

- Encaminhamento -



Encaminhamos o paciente JADIR R. DA SILVA, oleiro, 39 anos de idade, trazido por populares após queda de moto, hoje por volta das 17:00h. No momento da admissão apresentava trauma contuso em hemiface direita + trauma em 5.º pododactilo esquerdo além de pequenas escorções pelo corpo. Sem sinais de TCE, abdômen inocente, "brevemente" alcoolizado, PA=130x90mmHg, HGT=8mg/dL, FC=90bpm e SpO₂=97%.

- HD: Trauma em hemiface direita A/E

Trauma em 5.º pododactilo esquerdo A/E (fratura?)

Ante à falta de profissionais especializados em nosso serviço, bem como de exames de imagem, nesta data, encaminhamos-lo para a competente avaliação da ORTOPEDIA, do nosso serviço, bem como da BUCOMAXILO e dos demais cuidados médicos necessários.

Grato pelo pronto atendimento

DATA: 14/06/2017

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Patrício R. de A. Brito
MÉDICO
CRM - PB 9925

VIRE

- Em tempo:

Em nosso serviço foram prescrites
apenas, sintomáticos para tratamento
do quadro de dor. Nega alergias,
DM, HAS ou quaisquer outras queixas.

Dr. Petrucio R. de A. Brito
MÉDICO
CRM - PB 9925



11/06/2017

HTCC-Paraná Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (R.E) Nº: 1449278

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - END: Nº 778-208/ROD 52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4780 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809 Data: 11/06/2017
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendente: Selenia Costa Santos

PACIENTE: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Sexo: M

Telefone:

Endereço: ST ALTO DOS MEDEIROS

Idade: 39

Bairro: ZONA RURAL

Estado: Paraíba

Nº:

Nome da Mãe: TERTULIANA RODRIGUES VA-
SARA

CPF: 03494371411

Profissão: AGRICULTOR

Residência: ALMAGRA TRAZADO DA SILVA

Cidade: PB

CNS: 0011084047110

Estado Civil: Solteiro

Rua: 11488/2017

COMÉRCIO SUS

Motivo: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Fone: 3212130

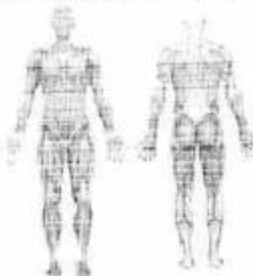
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. Cabeça | 16. Fratura do braço fechado |
| 2. Braço direito | 17. Fratura do braço aberto |
| 3. Braço esquerdo | 18. Hemorragia |
| 4. Tórax | 19. Ingestão de veneno |
| 5. Abdômen | 20. Laceração |
| 6. Ingestão de veneno | 21. Laceração |
| 7. Enfisema subcutâneo | 22. Laceração |
| 8. Empuxamento | 23. Laceração |
| 9. Equimose | 24. Laceração |
| 10. F. Arma de fogo | 25. Laceração |
| 11. F. Cortante | 26. Laceração |
| 12. F. Cortante | 27. Movimento torção parietal |
| 13. F. Cortante | 28. Dolor torção |
| 14. F. Cortante | 29. Dor |
| 15. F. Cortante | 30. Dor |
| 16. F. Cortante | 31. Dor |
| 17. F. Cortante | 32. Dor |
| 18. F. Cortante | 33. Dor |
| 19. F. Cortante | 34. Dor |
| 20. F. Cortante | 35. Dor |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesão de cabeça, tórax e membros superiores. Não há sinais de vida. Lesão de cabeça com fratura de base de crânio. Lesão de tórax com fratura de costela. Lesão de membros superiores com fratura de rádio e ulna. Lesão de membros inferiores com fratura de fêmur.

MEDICAMENTOS:

PROLOGIAS:

EXAME FÍSICO:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:

PROLOGIAS:



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

DATA DO EXAME: 11.06.2017

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Fratura transversal na base da falange proximal do quinto dedo.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas



43


Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

11/06/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo



Ortopedia

Ex. exposta de 50 PDE.

Ed. 1) Hemiparê + sutura + imobilização

2) Ceftriaxona 1g, IV, agone 1 hora

3) SAT 5000UI, IM, agone 1 hora

4) Diprospan 4mg + 10, IV, agone 23:40

5) Voltaren 50amp, IM, agone 23:40

EF: FCC FV PALPELA INF. (D)

FCC MOTO, frontal e alto lateral,

- 1) Sutura
- 2) MANEJO
- 3) ALTA 3P

Dr. Fernando Portela
Cirurgião e Traumatologista
BUCCAMAXILOFACIAL
CRO-PB 4420

Ortopedia Recente foi submetido a tratamento de emergência de fratura de osso. HATB

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOT 13403

DESTINO DO PACIENTE

1. Centro cirúrgico

2. Internação (setor)

3. Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

4. Decisão Médica

5. Outros

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

12/06/12

OPHTHALMOLOGIA (Exame no leito)

Ritmo de trauma de face. Rega BV.

Exame: múltiplos ferimentos (saturados), principalmente em hemifac esquerda; Boa movimentação ocular; conjuntiva cornea; CCF; RPM (+)

SERVIÇOS REALIZADOS

CD: ceftriaxona 1g IV 7 dias
Alta da oftalmologia

CID/PROCEDIMENTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

COMPREV
COMPREV IDÊNCIA S/A
14 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jander Rodrigues da Silva		
End:	Rua Alto dos moinhos, 200 - Zungierópolis		
Data de Nascimento:	25 04 72	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente de moto	Data do Atend.:	11 06 17
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	Hora: 19:05

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácels de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110
Manoel Correia Diniz
ENFERMEIRO
JUN 20 1987

Assinatura e carimbo do profissional



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Nome: Jandir Rodrigues da Silva.

Endereço: Sitio Santo Alto dos Medeiros, Zona Rural, Juazeirinho, PB

Data do Sinistro: 11 de junho de 2017.

Descrição da vítima: Acidente de moto.

Socorrido para o Hospital de Juazeirinho e posteriormente para o Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Apresentando Trauma de Face e Fratura Exposta do 5º artelho do pé esquerdo.

Tratamento: Conservador devido a PA alta.

Sequela apresentada ao exame físico:

Trauma de Face

- Dor de cabeça
- Audição comprometida (audiometria em anexo)
- Várias cicatrizes na face (hemiface esquerda, pálpebra inferior direita, lábio)
- Cicatrizes comprometendo a estética facial

Pé Esquerdo

- 5º Dedo do pé esquerdo com edema, dor, limitação de movimento articular, claudicação.

Conclusão: Sequela Definitiva de TRAUMA DE FACE em grau moderado comprometendo a Estética Facial em 50%. Pé Esquerdo com sequela funcional em grau moderado de 30%.

Campina Grande, 17 de novembro de 2017.

Sonaly de F. Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

