

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site https://www.seguradoralider.com.br/ .

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site https://www.seguradoralider.com.br/ .

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro	Apresentar a cópia simples do comprovante de renda do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
--	--

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro	Apresentar a cópia simples do comprovante de renda do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
--	--

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JUVINO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 365.504.694-49 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ JUVINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSÉ JUVINO DA SILVA 6 - CPF: 365.504.694-49

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA NORMANDO MORAES DA SILVA 9 - Número: 06 10 - Complemento:

11 - Bairro: MUTIRÃO II 12 - Cidade: SÃO CARLOS 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.340-000

15 - E-mail: rafaeloliveira@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3243-9292

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☐ RECUSO 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: 0922 CONTA: 00023575 4 AGÊNCIA: CONTA:

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (nascituros)? ☐ 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 - Imprescindível a assinatura da vítima ou de quem a ela representa. 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): RAFAEL OLIVEIRA VIANEIRO DE

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 008.723.554-28

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Rafael Oliveira V. de Mendo

38 - 1ª | Nome: Francisca Paula B. S. Lima CPE: 065.347.854-20

Francisca Paula B. S. Lima Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/RN

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rafael Oliveira V. de Mendo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Rafael Oliveira V. de Mendo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ-PB.

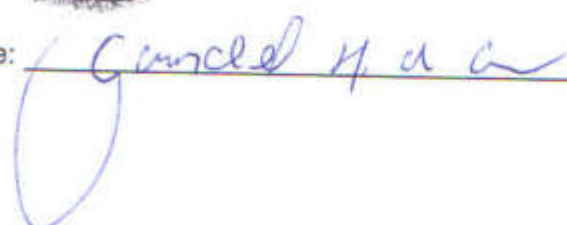


NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 452 /2021

Aos VINTE E QUATRO dias do mês de MARÇO do ano de dois mil e VINTE E UM, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **Dr. FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, juntamente comigo o escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h30min **COMPARECEU: JOSÉ JUVINO DA SILVA**, brasileiro, casado, com 63 anos de idade, natural de Sobrado/PB, filho de João Juvino da Silva e Maria Florência da Silva, residente na rua Normando Matias, 35, Mutirão II, O QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE Por volta das 18:00 hs do dia 25 de novembro de 2020, o noticiante conduzia uma moto Honda CG 125 FAN ano 2006/2007, cor preta, placa KGO 3050/PB, chassi 9C2JC30707R031258, licenciada em nome de JOSÉ CLAUDIO RIBEIRO, na rodovia PB 073, quando um veículo de marca e placas desconhecidas, já que o condutor fugiu, colidiu com a moto deixando o noticiante estirado no solo; QUE por conta da gravidade do acidente, o noticiante foi socorrido para o Hospital de Traumas, onde passou mais de dois meses internado, tendo alta no final de janeiro do corrente ano; QUE submeteu-se a cinco cirurgias, e até hoje tem seqüelas, tendo o médico estipulado o prazo de um ano para que volte a andar normalmente. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscrevo o presente.

Noticiante: 

Policial Atendente: 



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ-PB.

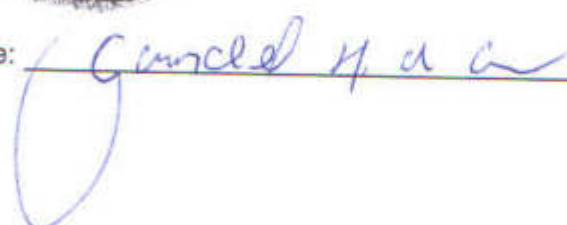


NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 452 /2021

Aos VINTE E QUATRO dias do mês de MARÇO do ano de dois mil e VINTE E UM, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **Dr. FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, juntamente comigo o escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h30min COMPARECEU: **JOSÉ JUVINO DA SILVA**, brasileiro, casado, com 63 anos de idade, natural de Sobrado/PB, filho de João Juvino da Silva e Maria Florência da Silva, residente na rua Normando Matias, 35, Mutirão II, O QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE Por volta das 18:00 hs do dia 25 de novembro de 2020, o noticiante conduzia uma moto Honda CG 125 FAN ano 2006/2007, cor preta, placa KGO 3050/PB, chassi 9C2JC30707R031258, licenciada em nome de JOSÉ CLAUDIO RIBEIRO, na rodovia PB 073, quando um veículo de marca e placas desconhecidas, já que o condutor fugiu, colidiu com a moto deixando o noticiante estirado no solo; QUE por conta da gravidade do acidente, o noticiante foi socorrido para o Hospital de Traumas, onde passou mais de dois meses internado, tendo alta no final de janeiro do corrente ano; QUE submeteu-se a cinco cirurgias, e até hoje tem seqüelas, tendo o médico estipulado o prazo de um ano para que volte a andar normalmente. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscrevo o presente.

Noticiante: 

Policial Atendente: 

À SEGURADORA LÍDER-DPVAT,

SINISTRO N° 3220045795

Em atenção à carta de exigências datada de 28 de setembro de 2022, o Requerente informa que, a respeito do Boletim de Ocorrência, foi informado na carta que aquele apresentado *não estaria adequado*, contudo, o BO n° 452/2021 fornecido pela 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil de Sapé/PB ostenta todos os dados necessários à identificação do acidente, bem como a identificação do escrivão, do delegado responsável e também da vítima, não apresentando nenhuma inconformidade.

Já a respeito da ficha médica com descrição do procedimento cirúrgico realizado, com materiais utilizados e folha do anestesista, o Requerente esclarece que toda a documentação referente ao seu atendimento conforme prontuário n° 126185 do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, de João Pessoa/PB, foi entregue quando da formalização do requerimento, não dispondo ele de documentação complementar.

Ante o exposto, a fim de evitar qualquer alegação de não cumprimento de exigências ou falta de interesse de agir por parte do Segurado, com o escoamento do prazo em branco, pugna pelo acolhimento das razões ora apresentadas, com o processamento do seu pedido de seguro no estado que se encontra, por não dispor da documentação adicional exigida.

São os termos em que

Requer e espera deferimento,

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2022.

JOSÉ JUVINO DA SILVA, por meio de seu procurador, **RAFAEL OLIVEIRA VENÂNCIO DE MACÊDO, OAB/PB 22.340**, assinado eletronicamente.

**RAFAEL OLIVEIRA
VENANCIO DE
MACEDO**

Assinado digitalmente por RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE
MACEDO
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC VALID BRASIL v5, OU=Pessoa
Física A3, OU=VALID, OU=Presencial, OU=17072702000183, CN=
RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO
Razão: Assinado eletronicamente nos termos da Lei nº11.419/2006
Localização: João Pessoa/PB
Data: 2022.10.04 11:57:59-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 12.0.1

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

[illegible]

FATURA MENSAL



SR RAFAEL O V MACEDO
RUA DOUTOR LOURIVAL DE GOUVEIA MOUR73
AP. 201
PEDRO GONDIM
58031-135 JOAO PESSOA PB



006663285405376000000094931050922

Vencimento: 15/09/2022 Emissão: 31/08/2022
Postagem: 05/09/2022
Fechamento da próxima fatura: 30/09/2022
Sua melhor data para compras é 01/10/2022

Resumo da Fatura em R\$		
Total da fatura anterior	R\$	206,43
Pagamento(s) efetuado(s)	R\$	412,86
Saldo financiado	R\$	0,00
Lançamentos no Período	R\$	276,43
Total desta fatura	R\$	70,00

Limites de crédito em R\$		
Limite para compras*:	R\$	15.000,00
Disponível Limite para compras:	R\$	14.224,28
Disponível para saque:	R\$	500,00

Sua linha de crédito poderá variar em função do histórico de utilização e pagamentos.
*Crédito para compras a vista ou parceladas em todos os estabelecimentos credenciados.

Titular: **SR RAFAEL O V MACEDO**
Cartão: **5256 31XX XXXX 5171**
Vencimento: **15/09/2022**


A) PAGAMENTO TOTAL
R\$ 70,00
B) PAGAMENTO MINIMO
R\$ 13,82

A) Pague até a data de vencimento e evite a incidência de Multa e Juros!

B) Você pode pagar qualquer valor entre o mínimo e o total. Nesta opção você pagará encargos de financiamento de no máximo R\$ 11,64 na próxima fatura, além dos valores não pagos desta fatura.

Atenção: Havendo atraso no período serão cobrados, multa, juros de mora e juros remuneratórios por dia de atraso.

43363401631100 9106782 / I


739-0

73990.00004 00001.229335 40101.320345 1 00000000000000

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. PREFERENCIALMENTE, UTILIZE O SERVIÇO DDA DO SEU BANCO. É SIMPLES, RÁPIDO E SEGURO.					Vencimento 15/09/2022
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF BANCO CETELEM S/A - CNPJ: 00.558.456/0001-71 Alameda Rio Negro, 161 - 17º Andar - Alphaville Industrial, Barueri - SP - CEP 06454-000					Agência / Código do Beneficiário 00010/000000000122
Data do Documento 15/09/2022	Nº do Documento 9334010132	Espécie Doc. 31	Aceite CARTÃO	Data Processamento 31/08/2022	Nosso Número 9334010132 034
Uso do Banco	Carteira 003	Espécie Moeda R\$	Quantidade de Moeda	xValor	(=) Valor do Documento
Instruções (Texto de responsabilidade de beneficiário) NÃO RECEBER VALOR SUPERIOR A R\$ *****70,00 OS ENCARGOS DECORRENTES DE PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO OU PAGAMENTO INFERIOR AO VALOR TOTAL SERÃO INCLuíDOS NA PRÓXIMA FATURA.					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador / CPF / CNPJ SR RAFAEL O V MACEDO - CPF: 008.729.554-78 RUA DOUTOR LOURIVAL DE GOUVEIA MOUR73 AP. 201 PEDRO GONDIM 58031-135 - JOAO PESSOA - PB					

Sacador / Avalista



Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

Débito Direto Autorizado

Mais praticidade para você.



Otimize o seu tempo! Habilite o serviço DDA no banco onde você tem conta e, assim, você poderá acessar e pagar suas contas de onde estiver, no aplicativo ou site do seu banco, sem precisar ter o papel em mãos ou digitar o código de barras.

MAIS SEGURANÇA
Reduz a circulação e manuseio de documentos físicos.

MAIS ORGANIZAÇÃO
Você concentra todas as suas contas em um único lugar.

MAIS COMODIDADE
Você faz seus pagamentos pela internet, app e terminais de atendimento do seu banco.

Habilite agora mesmo!

DDA - Suas contas ficam em dia e as suas gavetas, sem acúmulo de papéis!



Central de Atendimento Custelex: atendimentos, consultas, solicitações e aquisição de produtos - de segunda a sábado, das 9h às 22h, exceto feriados: 0800-704 1166 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 704 1166 (demais localidades). SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): sugestões, reclamações e cancelamentos - atendimento 24h por dia, 07 dias da semana: 0800 266 8877; para deficientes auditivos: 0800 726 0654. **Ouvidoria:** caso não se sinta satisfeito com a solução apresentada pelos canais de atendimento anteriores - de segunda a sexta, das 9h às 18h, exceto feriados: 0800 722 0401; para deficientes auditivos: 0800 620 7416.
(T) Consulte regras de adesão e utilização junto ao seu banco.

Comunicado Importante:

Aviso de Compras por SMS: Garante que seu telefone celular está atualizado no cadastro do banco. O número atualizado permite que você acompanhe as compras em tempo real pois notificamos por SMS sempre que uma compra é feita com o seu cartão de crédito, você fica sabendo sobre as compras aprovadas, o motivo das compras reprovadas, a data e hora das compras e também o valor do seu saldo disponível atualizado. Por isso garanta sempre que suas informações estão atualizadas em nosso cadastro.



Atendimento no WhatsApp
0800 704 1166

Horário de atendimento - Segunda a Sábado, 9h00 às 21h40

Encargos Financeiros

Encargos de financiamento/Juros remuneratórios	19,99% am ou 790,71% aa
Juros de Mora	1,00% am
Multa	2,00%
IOF de financiamento	(0,0082% ao dia + adicional de 0,38%)
CET Juros remuneratórios:	1.076,53% aa
Encargos em caso de pagamento mínimo	R\$ 11,64
CET do financiamento da fatura:	878,96% aa
Encargos de saque à vista (Retirada recursos país):	13,99% am
CET Saque à vista	17,90% am ou 595,05% aa

Você pode pagar qualquer valor entre o mínimo e o total dessa fatura. Sobre a diferença incidirão os encargos de financiamento acima, considerando o período de 30 dias. Havendo atraso no período serão cobrados, multa, juros de mora e juros remuneratórios por dia de atraso.

Anuidade

Situação da anuidade do titular	ISENTO PARA SEMPRE
Valor da anuidade vigente	R\$ 0,00
Valor de cada parcela	R\$ 0,00
Quantidade de parcelas cobradas	00
Valor total das parcelas cobradas	R\$ 0,00
Quantidade de parcelas a vencer	00
Valor total das parcelas a vencer	R\$ 0,00

Empréstimo - próximas faturas

Próxima Faturas	R\$ 0,00
Demais Faturas	R\$ 0,00
Total para próximas faturas	R\$ 0,00

Parcelamento de Fatura - próximas faturas

Próxima Faturas	R\$ 0,00
Demais Faturas	R\$ 0,00
Total para próximas faturas	R\$ 0,00

Saldo Extrato Anterior

R\$ 206,43 D

Lançamentos do período

Cartão: 5256 31XX XXXX 5171 - SR RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO



DATA	DEMONSTRATIVO DA FATURA	VALOR
03/05/2022	PARCELA 04/08 SUBMARINO	176,43 D
06/08/2022	COMPRA NA LOJA SHELL BOX - DIAS COME	100,00 D
15/08/2022	PAGAMENTO NO BANCO	206,43 C
15/08/2022	PAGAMENTO NO BANCO	206,43 C
31/08/2022	ANUIDADE Nacional T 05/12	15,70 D
31/08/2022	DESC ANUIDADE Nacional T 05/12	15,70 C

D = Débito C = Crédito

Compras Parceladas - próximas faturas

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
03/05/2022	PARCELA 05/08 SUBMARINO	176,43

R\$ 176,43

Próxima fatura

R\$ 529,29

Demais faturas

Total para próximas faturas

R\$ 705,72

cetelem

Evite fraudes!

Saiba como identificar um boleto falso.

- Boleto da Cetelem sempre começa com o número do banco: **739**.
- Confie apenas em boletos recebidos através de **canais oficiais** da Instituição.
- Antes de realizar um pagamento, **confirme o beneficiário** final.

 Em caso de dúvidas, entre em contato conosco antes de efetuar pagamentos.



Precisa de uma ajudinha para concretizar seus planos?

Contrate o Empréstimo Pessoal¹ do Banco Cetelem: mais comodidade e segurança para você.



Dinheiro na conta em até **2 dias úteis**.



Parcelamento até **48x²**.



1ª parcela em até **70 dias³**.



Não compromete o limite do Cartão de Crédito⁴.

Contrate agora através dos nossos canais



WhatsApp
(11) 9 9407 8742



App Cetelem
Baixe agora mesmo, disponível na Apple Store e Google Play



Cetelem Online
www.cetelem.com.br/emprestimo



Central de Atendimento
4004 7990 Regiões Metropolitanas
0800 704 116 Demais Cidades

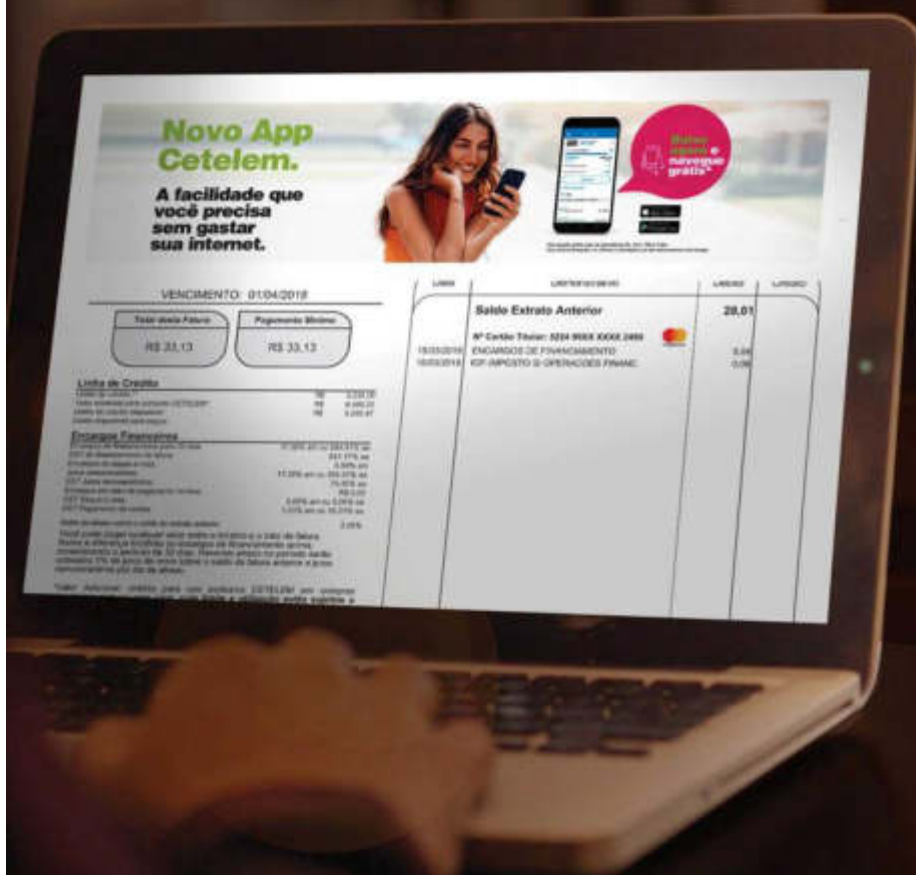
¹ Contratação do empréstimo sujeita à elegibilidade. ² Os prazos para parcelamento podem variar de 4 a 48 parcelas. ³ De acordo com o vencimento da fatura. ⁴ Utiliza o Limite adicional, valor separado ao limite para compras do cartão. Taxa de juros a ser aplicada de 1,99% a 6,49% ao mês | 26,68% a 112,67% ao ano. O custo efetivo total (CET) da operação poderá variar entre 2,09% a 7,79% ao mês | 28,17% a 146,04% ao ano. Os valores apresentados estão sujeitos a alterações. Consulte sempre as condições e taxas apresentadas no momento da contratação do serviço.

Facilite sua vida!

A fatura digital é muito mais prática.

Receba a fatura no seu e-mail. É mais rápido, simples, seguro e ainda evita imprevistos como atraso na correspondência. Conheça os benefícios:

- Acesse a qualquer hora e local;
- É rápido e seguro;
- Sustentável: você contribui para a redução do consumo de papel;
- Aviso por SMS, sem custo adicional, sobre o fechamento e vencimento da fatura.



Faça a adesão da fatura digital:
www.cetelem.com.br/faturadigital

Central de Relacionamento Cetelem: atendimentos, consultas, solicitações e aquisição de produtos – de segunda a sábado, das 8h às 22h, exceto feriados: 4004-7990 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 704 1166 (demais localidades). **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente): sugestões, reclamações e cancelamentos – atendimento 24h por dia, 07 dias da semana: 0800 286 8877; para deficiente auditivo: 0800 726 0604. **Ouvidoria:** caso não se sinta satisfeito com a solução apresentada pelos canais de atendimento anteriores – de segunda a sexta, das 9h às 18h, exceto feriados: 0800 722 0401; para deficiente auditivo: 0800 020 7410.

RECEBIMOS DE VOS 08/07/2017. Como se pode ver, a informação apresentada aqui em branco, é necessariamente sobre um sistema, e não de 1994/2021. Contudo, a Receita, no 414 da AFREI, O pagamento após a data de entrega é obrigatório, e não o contrário, não se trata de uma obrigação de pagamento, mas de uma obrigação de entrega. Portanto, a obrigação de entrega é a obrigação de entrega, e não a obrigação de pagamento.

Para mais esclarecimentos, acesse o site **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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP¹ nº 612/2020, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **008.729.554-78** / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSÉ JUVINO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **365.504.694-49** / _____

do sinistro de DPVAT cobertura **invalidez** da Vítima **JOSÉ JUVINO DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **365.504.694-49** / _____, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: **Advogado** Renda: **R\$ 2.800,00** 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, 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 Lourival de Gouveia Moura		Número: 73	Complemento: Ap 201
Bairro: Pedro Gondim	Cidade: _____	Estado: PB	CEP: 58.031-135
E-mail: rafaelovm@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 99672-3727

Local e Data: **João Pessoa/PB, 5 de setembro de 2022.**


Assinatura do Declarante

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Emissorador SILVANO ALBERTO DE VASCONCELLOS			Inscrição CAEPF: 024.535.411/001-86		Admissão 01/02/2010
Empregado 00000 RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE NACEDO			Cargo ADVOGADO(A)		Competência Maio de 2022
PIS 20610264987			Banco		Agência
			Conta		Tipo de Conta
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	1 dia(s)	106,53		
310	INSS	14%		14,92	
			Total de Proventos 106,53	Total de Descontos 14,92	
			Líquido a Receber 91,61		
Salário Contratual 3.195,86		Base de Cálculo do INSS 106,53	Base de Cálculo do FGTS 106,53	FGTS 8,52	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Emissorador SILVANO ALBERTO DE VASCONCELLOS			Inscrição CAEPF: 024.535.411/001-86		Admissão 01/02/2010
Empregado 00000 RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE NACEDO			Cargo ADVOGADO(A)		Competência Junho de 2022
PIS 20610264987			Banco		Agência
			Conta		Tipo de Conta
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	3.195,86		
310	INSS	12%		292,50	
311	IRRF	15%		80,70	
			Total de Proventos 3.195,86	Total de Descontos 373,20	
			Líquido a Receber 2.822,66		
Salário Contratual 3.195,86		Base de Cálculo do INSS 3.195,86	Base de Cálculo do FGTS 3.195,86	FGTS 255,66	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF 2.903,36

Data e Assinatura			
ALBERTO DE VASCONCELLOS		Inscrito CAEPF: 024.535.411/001-86	Admissão 01/02/2010
080004 RAFAEL SILVEIRA VENANCIO DE MACEDO		Carbo ADVOGADO(A)	Competência Julho de 2022
PIS 20610264987		Banco	Agência
		Conta	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
011	Salário-Base	30 dia(s)	3.195,86
310	INSS	12%	292,50
311	IRRF	15%	80,70
		Total de Proventos	Total de Descontos
		3.195,86	373,20
		Total a Pagar	
		2.822,66	
Salário Contratual	Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS
3.195,86	3.195,86	3.195,86	255,86
		FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF
			2.903,36



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JOSE JUVINO DA SILVA		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 126185	
Data de Nascimento: 28/07/1957	Idade: 63A 3M 26D	Data de Internação: 22/11/2020 23:17:43	Data de Alta: 16/01/2021 09:10:07	BAE: 1271442	
Mãe: MARIA FLORENCIA DA SILVA					
Endereço: RUA NORMANDO MATIAS, 06		Bairro: MULTIRAO 2		Município: SAPE	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA E FRATURA DA FIBULA ESQUERDA NO 4º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA E FRATURA DA FIBULA - TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA CONSOLIDADA APÓS 65 DIAS DE EVOLUÇÃO E SEM QUEIXAS LOCAIS.					
Resumo da Internação: PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA SUPRACITADAS E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. PACIENTE COM QUEIXA ALGICA LEVE. AO EXAME: FO SOB CURATIVO LIMPO E SECO, LESÕES NA PELE APÓS ALERGIA A ESPARADRAPO.					
Resultado de Exames: RAIOS-X DE CONTROLE REALIZADO. HB POS OP: 10.					
Tratamento: #4º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA POR DR. GLAUBER E DR. DOUGLAS EM 12/01/2021 #FRATURA DA FIBULA - TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA CONSOLIDADA APÓS 65 DIAS DE EVOLUÇÃO E SEM QUEIXAS LOCAIS					
Diagnóstico: S72.7 - Fraturas múltiplas do fêmur					
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO NO CEREST + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + ANALGESIA + XARELTO.					

Para Dr. G. A. B. B. B.

Data: 16/01/2021

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47147 EOT 6415
Ortopedia Traumatologia

Dr. Taysa de Sousa Costa
CRM 12799 - PB



RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1271442



Identificação do paciente

ID 1555047	Nome JOSE JUVINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63 anos 5 meses 22 dias	Estado civil CASADO(A)
Religião		Prontuário 126185
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA		Pai JOAO JUVINO DA SILVA
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SEVERINO VIEIRA DA SILVA - FILHO(A)
DDD Celular B3	Celular 991175145	DDD
Tipo documento CPF	Número documento 36550469449	Telefone
Local de procedência SAPE	Nº Cns 706905138411433	Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade SOBRADO	UF PB
CBO/R		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro NORMANDO MATIAS
Número 06	Complemento	Bairro MULTIRAO 2	

Admissão

Data e Hora 22/11/2020 21:16:32	Número da pulseira 100007099105	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte U		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA	Tempo 01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAIBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1271442



Identificação do paciente

ID 1555047	Nome JOSE JUVINO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63 anos 3 meses 25 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA	Pai JOAO JUVINO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINO VIEIRA DA SILVA - FILHO(A)		
DDD Celular 83	Celular 991175145	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 36550469449	Nº Cns 706905138411433	
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
mail	Naturalidade SOBRADO	CBO/R	

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro NORMANDO MATIAS
Número 06	Complemento	Bairro MULTIRAO 2	

Admissão

Data e Hora 22/11/2020 21:16:32	Número da pulseira 1000007099105	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos HISTÓRIA, ROSQUINHA CL + TC, e lesão em MIE - <i>[assinatura]</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA						Tempo 01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE JUVINO DA SILVA	BAE 1271442	Data/Hora Entrada 22/11/2020 21:16:32	Data Baixa
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63a 3m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991175145
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA		CNS 706905138411433	Prontuário
Endereço NORMANDO MATIAS, 06	Bairro MULTIRAO 2	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2020 21:16:32		Data/Hora Prescrição 22/11/2020 23:00:20	

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA TC CRÂNIO NORMAL ALTA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

Enfermeiro

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

Boletim registrado por: MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA em 22/11/2020 21:16:33



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seja todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE JUVINO DA SILVA	1271442	22/11/2020 21:16:32	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/07/1957	Masculino	706905138411433	(83) 991175145
Mãe			Prontuário
MARIA FLORENCIA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
NORMANDO MATIAS, 06	MULTIRAO 2	SAPE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EDUARDO OLIVEIRA DE PAIVA	12009/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/11/2020 21:16:32		22/11/2020 21:44:09	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SOB PROTOCOLO DE TRAUMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HA 30 MIN. ESTAVA SEM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VOMITOS, POREM NÃO LEMBRA NADA SOBRE O ACIDENTE E FEZ USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS; NEGA TRAUMA EM TORAX E ABDOME; PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA EM MIE. NEGA ALERGIAS. A: VIAS AEREAS E SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO. B: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA EM AHT. EUPNEICO EM AA, SEM ENFISEMA SUBCUTANEO OU CREPTACOES A PALPAÇÃO C: SEM SANGRAMENTOS VISIVEIS, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO E Pelve ESTAVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES E: PRESENÇA DE FERIMENTOS CORTO CONTUSO EM PERNA E COXA ESQUERDA, PULSOS NÃO PALPAVEIS EM PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR ESQUERDO. CD. 1- ANALGESIA 2- TC DE CRANIO 3- RX DE TORAX 4- FAST DE ABDOME 5- RX DE PERNA ESQUERDA 6- PARECER DA NCG 7- PARECER DA CIRURGIA VASCULAR 8- PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), Administrar 2,0 ML via E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (Observações:: DILUIR EM 10ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

S80.1 - Contusão de outras partes e de partes não especificadas da perna
S00.8 - Traumatismo superficial de outras partes da cabeça

Conduta

Em observação

Dr. Eduardo O. de Paiva
Médico
CRM: PB 19.008

Enfermeiro

EDUARDO OLIVEIRA DE PAIVA
(CRM: 12009/PB)

Boletim registrado por: MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA em 22/11/2020 21:16:33



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose Juvino da Silva
DATA DE NASCIMENTO 28/07/57
NOME DA MÃE Maria Florencia da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 126185
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1271442
DATA DO ATENDIMENTO 22/11/20
HORA DO ATENDIMENTO 21:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fraturas múltiplas do Fêmur E.
CID 10 S72.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, nega perda da consciência ou vômitos, fez uso de bebida alcoólica, apresenta fratura exposta em MIE, glasgow 15, pupilas iso/foto, ferimento corto-contuso em perna e coxa esquerda, pulso não palpáveis em tibial posterior esquerdo. Avaliado pela Neurocirurgia, Cirurgia vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX bacia, coxa E, joelho E
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de colo de fêmur, diafise e distal, patela

TRATAMENTO:

tratamento cirúrgico de fratura de colo de fêmur, diafise e distal + patela.

ALTA HOSPITALAR: 16/01/2021
DATA DA EMISSÃO: 22/02/2021


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose Juvino da Silva
DATA DE NASCIMENTO 28/07/57
NOME DA MÃE Maria Florencia da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 126185
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1271442
DATA DO ATENDIMENTO 22/11/20
HORA DO ATENDIMENTO 21:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fraturas múltiplas do Fêmur E.
CID 10 S72.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, nega perda da consciência ou vômitos, fez uso de bebida alcoólica, apresenta fratura exposta em MIE, glasgow 15, pupilas iso/foto, ferimento corto-contuso em perna e coxa esquerda, pulso não palpáveis em tibial posterior esquerdo. Avaliado pela Neurocirurgia, Cirurgia vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX bacia, coxa E, joelho E
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de colo de fêmur, diafise e distal, patela

TRATAMENTO:

tratamento cirúrgico de fratura de colo de fêmur, diafise e distal + patela.

ALTA HOSPITALAR: 16/01/2021
DATA DA EMISSÃO: 22/02/2021


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: JOSE JUVINO DA SILVA		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 126185	
Data de Nascimento: 28/07/1957	Idade: 63A 3M 26D	Data de Internação: 22/11/2020 23:17:43	Data de Alta: 16/01/2021 09:10:07	BAE: 1271442	
Mãe: MARIA FLORENCIA DA SILVA					
Endereço: RUA NORMANDO MATIAS, 06		Bairro: MULTIRAO 2		Município: SAPE	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA E FRATURA DA FIBULA ESQUERDA NO 4º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA E FRATURA DA FIBULA - TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA CONSOLIDADA APÓS 65 DIAS DE EVOLUÇÃO E SEM QUEIXAS LOCAIS.					
Resumo da Internação: PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA SUPRACITADAS E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. PACIENTE COM QUEIXA ALGICA LEVE. AO EXAME: FO SOB CURATIVO LIMPO E SECO, LESÕES NA PELE APÓS ALERGIA A ESPARADRAPO.					
Resultado de Exames: RAIOS-X DE CONTROLE REALIZADO. HB POS OP: 10.					
Tratamento: #4º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BASOCERVICAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DISTAL DO FEMUR ESQUERDO, FRATURA DA PATELA ESQUERDA POR DR. GLAUBER E DR. DOUGLAS EM 12/01/2021 #FRATURA DA FIBULA - TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA CONSOLIDADA APÓS 65 DIAS DE EVOLUÇÃO E SEM QUEIXAS LOCAIS					
Diagnóstico: S72.7 - Fraturas múltiplas do fêmur					
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO NO CEREST + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + ANALGESIA + XARELTO.					

Para Dr. G. A. B. B. B.

Data: 16/01/2021

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47147 EOT 6415
Ortopedia Traumatologia

Dr. Taysa Costa
TAYSA DE SOUSA COSTA
CRM-PB: 12799 - PB



RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1271442



Identificação do paciente

ID 1555047	Nome JOSE JUVINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63 anos 5 meses 22 dias	Estado civil CASADO(A)
Religião		Prontuário 126185
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA		Pai JOAO JUVINO DA SILVA
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SEVERINO VIEIRA DA SILVA - FILHO(A)
DDD Celular B3	Celular 991175145	DDD
Tipo documento CPF	Número documento 36550469449	Telefone
Local de procedência SAPE	Nº Cns 706905138411433	Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade SOBRADO	UF PB
CBO/R		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro NORMANDO MATIAS
Número 06	Complemento	Bairro MULTIRAO 2	

Admissão

Data e Hora 22/11/2020 21:16:32	Número da pulseira 100007099105	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte U		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA

Tempo
01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAIBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1271442



Identificação do paciente

ID 1555047	Nome JOSE JUVINO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63 anos 3 meses 25 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA	Pai JOAO JUVINO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINO VIEIRA DA SILVA - FILHO(A)		
DDD Celular 83	Celular 991175145	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 36550469449	Nº Cns 706905138411433	
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
mail	Naturalidade SOBRADO	CBO/R	

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro NORMANDO MATIAS
Número 06	Complemento	Bairro MULTIRAO 2	

Admissão

Data e Hora 22/11/2020 21:16:32	Número da pulseira 1000007099105	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos HISTÓRIA, ROSQUINHA CL + TC, e lesão em MIE - <i>[assinatura]</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA						Tempo 01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE JUVINO DA SILVA	BAE 1271442	Data/Hora Entrada 22/11/2020 21:16:32	Data Baixa
Data de nascimento 28/07/1957	Idade 63a 3m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991175145
Mãe MARIA FLORENCIA DA SILVA		CNS 706905138411433	Prontuário
Endereço NORMANDO MATIAS, 06	Bairro MULTIRAO 2	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2020 21:16:32		Data/Hora Prescrição 22/11/2020 23:00:20	

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA TC CRÂNIO NORMAL ALTA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

Enfermeiro

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

Boletim registrado por: MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA em 22/11/2020 21:16:33



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seja todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE JUVINO DA SILVA	1271442	22/11/2020 21:16:32	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/07/1957	Masculino	706905138411433	(83) 991175145
Mãe			Prontuário
MARIA FLORENCIA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
NORMANDO MATIAS, 06	MULTIRAO 2	SAPE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EDUARDO OLIVEIRA DE PAIVA	12009/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/11/2020 21:16:32		22/11/2020 21:44:09	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SOB PROTOCOLO DE TRAUMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HA 30 MIN. ESTAVA SEM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VOMITOS, POREM NÃO LEMBRA NADA SOBRE O ACIDENTE E FEZ USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS; NEGA TRAUMA EM TORAX E ABDOME; PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA EM MIE. NEGA ALERGIAS. A: VIAS AEREAS E SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO. B: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA EM AHT. EUPNEICO EM AA, SEM ENFISEMA SUBCUTANEO OU CREPTACOES A PALPAÇÃO C: SEM SANGRAMENTOS VISIVEIS, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO E Pelve ESTAVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES E: PRESENÇA DE FERIMENTOS CORTO CONTUSO EM PERNA E COXA ESQUERDA, PULSOS NÃO PALPAVEIS EM PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR ESQUERDO. CD. 1- ANALGESIA 2- TC DE CRANIO 3- RX DE TORAX 4- FAST DE ABDOME 5- RX DE PERNA ESQUERDA 6- PARECER DA NCG 7- PARECER DA CIRURGIA VASCULAR 8- PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), Administrar 2,0 ML via E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (Observações:: DILUIR EM 10ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

S80.1 - Contusão de outras partes e de partes não especificadas da perna
S00.8 - Traumatismo superficial de outras partes da cabeça

Conduta

Em observação

Dr. Eduardo O. de Paiva
Médico
CRM: PB 19.008

Enfermeiro

EDUARDO OLIVEIRA DE PAIVA
(CRM: 12009/PB)

Boletim registrado por: MARIA SAMIRA GERMANO DA COSTA em 22/11/2020 21:16:33

À SEGURADORA LÍDER-DPVAT,

SINISTRO N° 3220045795

Em atenção à carta de exigências datada de 28 de setembro de 2022, o Requerente informa que, a respeito do Boletim de Ocorrência, foi informado na carta que aquele apresentado *não estaria adequado*, contudo, o BO n° 452/2021 fornecido pela 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil de Sapé/PB ostenta todos os dados necessários à identificação do acidente, bem como a identificação do escrivão, do delegado responsável e também da vítima, não apresentando nenhuma inconformidade.

Já a respeito da ficha médica com descrição do procedimento cirúrgico realizado, com materiais utilizados e folha do anestesista, o Requerente esclarece que toda a documentação referente ao seu atendimento conforme prontuário n° 126185 do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, de João Pessoa/PB, foi entregue quando da formalização do requerimento, não dispondo ele de documentação complementar.

Ante o exposto, a fim de evitar qualquer alegação de não cumprimento de exigências ou falta de interesse de agir por parte do Segurado, com o escoamento do prazo em branco, pugna pelo acolhimento das razões ora apresentadas, com o processamento do seu pedido de seguro no estado que se encontra, por não dispor da documentação adicional exigida.

São os termos em que

Requer e espera deferimento,

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2022.

JOSÉ JUVINO DA SILVA, por meio de seu procurador, **RAFAEL OLIVEIRA VENÂNCIO DE MACÊDO, OAB/PB 22.340**, assinado eletronicamente.

**RAFAEL OLIVEIRA
VENANCIO DE
MACEDO**

Assinado digitalmente por RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE
MACEDO
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC VALID BRASIL v5, OU=Pessoa
Física A3, OU=VALID, OU=Presencial, OU=17072702000183, CN=
RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO
Razão: Assinado eletronicamente nos termos da Lei nº11.419/2006
Localização: João Pessoa/PB
Data: 2022.10.04 11:57:59-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 12.0.1

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13209075

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Rafael Oliveira V. de Macêdo



OBSERVAÇÕES



 **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADA

INSCRIÇÃO: 22340

NOME
RAFAEL OLIVEIRA VENÂNCIO DE MACÊDO

FILIAÇÃO
RUBENS VENÂNCIO DE MACÊDO
CÉLIA MARIA DE MACÊDO

NATURALIDADE
CUITÉ-PB

RG
3129245 - SSP/PB

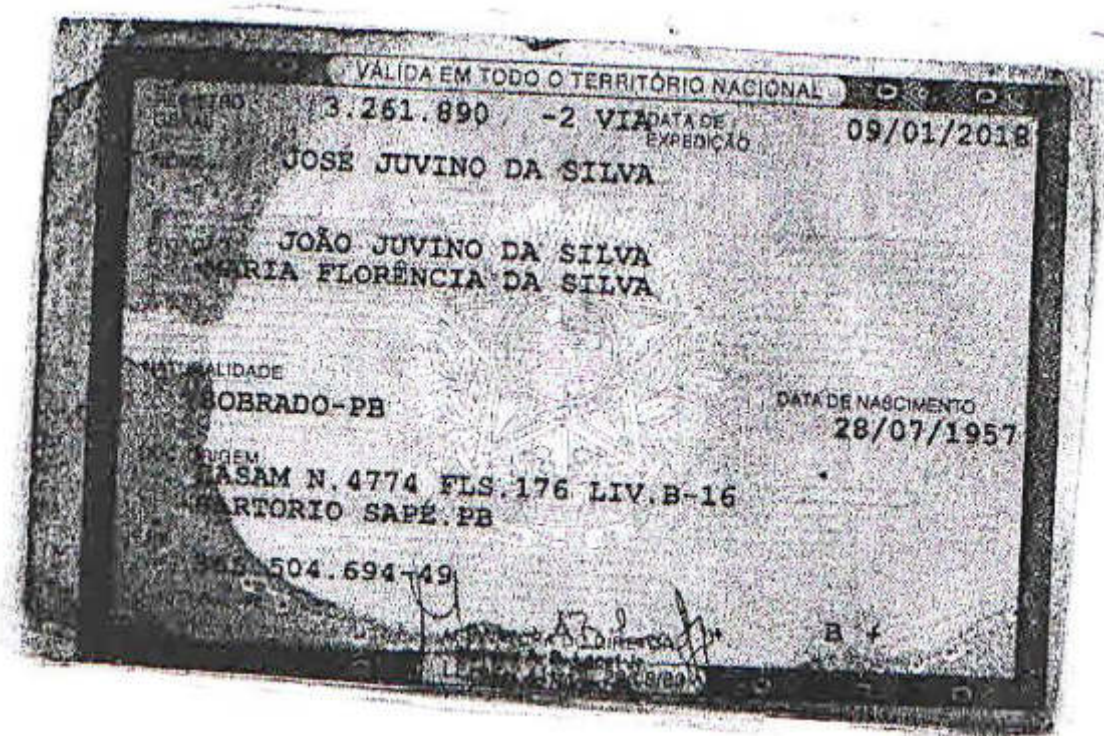
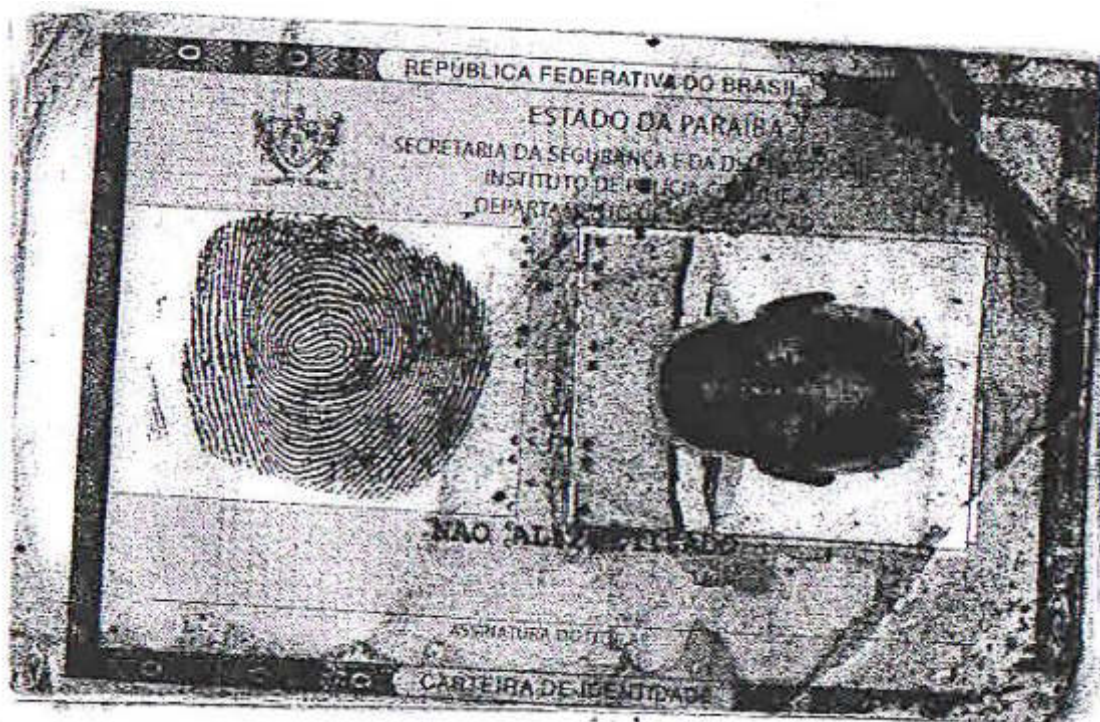
DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
SIM

DATA DE NASCIMENTO
17/06/1987

CPF
008.729.554-78

VIA EXPEDIDO EM
01 30/03/2016


PAULO ANTÔNIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE



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:
3220045795

3 - CPF da vítima:
365.504.694-49

4 - Nome completo da vítima:
JOSÉ JUVINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:
JOSÉ JUVINO DA SILVA

6 - CPF:
365.504.694-49

7 - Profissão:
AGRICULTOR

8 - Endereço:
RUA NORMANDO MATIAS DA SILVA

9 - Número:
06

10 - Complemento:

11 - Bairro:
MUTIRÃO II

12 - Cidade:
SAPE

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58.340-000

15 - E-mail:
rafaelovm@gmail.com

16 - Tel.(DDD):
(83) 3243-9292

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 OU 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: 0922

CONTA: 00023575

4

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

GENIVALDA JOSEFA DA SILVA

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

266.107.444-91

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: FRANCISCA CARLA LINO DA SILVA LIMA
CPF: 065.347.854-20

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: LUIS FELIPE NUNES ARAÚJO
CPF: 053.601.994-07

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA/PB, 22 DE SETEMBRO DE 2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
GENIVALDA JOSEFA DA SILVA

DOC IDENTIFIC / ORIG. EMISSOR UF
2371444 SSP PE

CPF
266.107.444-91

DATA NASCIMENTO
20/09/1958

FUNCAO
JOSE GUILHERMINO DA SILVA
JOSEFA CIRILA DA SILVA

PERMISSAO
ACC
CATABE
AB

Nº REGISTRO
05335121616

VALIDADEZ
07/12/2025

1ª HABILITACAO
25/10/2011

OPERAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Genivalda Josefa da Silva

LOCAL
SAFE, PB

DATA EMISSAO
28/01/2021

Assinatura do Emissor
46130802704
PB041925165

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1853859774

PROIBIDO PLASTIFICAR
1853859774



FELICIANO da SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

SEVERINA LÚCIA MALHEIROS FELICIANO SÁ
Tabeliã

LIVRO: 0273

FOLHA: 147



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de março do ano de 2021 (dois mil e vinte e um), neste **3º FELICIANO DA SILVA - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sape, PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **SEVERINA LÚCIA MALHEIROS FELICIANO SÁ - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE: JOSE JUVINO DA SILVA**, brasileiro(a), casado, agricultor, portador(a) do Documento de Identidade nº 3.261.890-2 via-SSDS/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 365.504.694-49, residente e domiciliado(a) na Rua Normando Matias, nº06, Mutirão II, Sapé - PB; reconhecido pelo próprio de mim Notário(a), pelos documentos referidos e apresentados, por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de direito nomeia e constitui seu procurador: **SILVANO ALBERTO DE VASCONCELLOS**, brasileiro(a), casado, advogado-AOB 11.063/PB 781-A/RN, inscrito(a) no CPF/MF nº 024.535.411-53, **LUIS FELIPE NUNES ARAUJO**, brasileiro(a), casado, advogado, OAB 16.678/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 053.601.994-07, **RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO**, brasileiro(a), casado, advogado, OAB 22.340/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 008.729.554-78, com endereço na Avenida Eptácio Pessoa, nº1133, Sala 11, Centro Comercial Eldorado, Bairro dos Estados, João Pessoa/PB, 58.030-905; Amplos e limitados, para o foro em geral, com Cláusula **AD-JUDICIA ET EXTRA**, a fim de que possam defender os interesses e direitos do Outorgante, em conjunto ou isoladamente, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive requerer os benefícios de Assistência Judiciária Gratuita, de conformidade com a Lei 1.060/50, em repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, **CORRETORAS DE SEGURO** ou **SEGURADORAS**, participantes do sistema **DPVAT** (Seguro Obrigatório), no que tange a todos os procedimentos para a requisição do prêmio previsto no Decreto-lei 73/76, atualizado pela Lei 6.194/74, com nova redação dada pela Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007, gerido pela Federação Nacional de Seguros (**FENASEG**), com amplos poderes para praticar os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do seguro supra referido, receber e dar quitação a Alvará Judicial, reter valores contratados ou acordados de honorários e despesas, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes se assim lhes convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. Os elementos relativos à qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,67, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 10,47, sendo os Emolumentos R\$ 52,33. Selo Digital: **ALH29422-PQYD**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando **SAMUEL GUILHERMINO LUIS**, portador do Documento de Identidade nº 03436482239-CNH-DETRAN/PB, inscrito no CPF/MF nº 980.842.404-04, residente e domiciliado na Rua Laura de Araújo Camelo, nº15, Abel Cavalcante, Sapé-PB CEP 58340-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que

DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Vandilce Cavalcante de Freitas Santos (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **LEONARDO DE OLIVEIRA SÁ - Tabelião Substituto do Feliciano da Silva - Serviço Notarial e Registral**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) JOSE JUVINO DA SILVA

Em testemunho (_____) da verdade.



8/ *Vandilce Cavalcante*
SEVERINA LÚCIA MALHEIROS FELICIANO SÁ
- TITULAR -



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025431/22

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

CPF: 365.504.694-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JUVINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO : 008.729.554-78

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

JOSE JUVINO DA SILVA : 365.504.694-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025431/22

Número do Sinistro: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

Data do acidente: 25/11/2020

CPF: 365.504.694-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JUVINO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025431/22

Número do Sinistro: 3220045795

Vítima: JOSE JUVINO DA SILVA

CPF: 365.504.694-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JUVINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAFAEL OLIVEIRA VENANCIO DE MACEDO : 008.729.554-78

Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro

JOSE JUVINO DA SILVA : 365.504.694-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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