

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180343037

Vitima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343037**.

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 13153415



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180343037

Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343037**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

092.917.184-59

Lucas José de Oliveira Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas José de Oliveira Araújo	CPF titular da conta 092.917.184-59	Profissão Recebeu - de
Endereço Rua Imácio Albino Neto	Número 240	Complemento BL 11/ATO 203
Bairro Gromome	Cidade João Pessoa	CEP 58068-200
Email cc.f.ado@optail.com	Estado PB	Telefone (DDD) 83-988495530

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)

AGÊNCIA NRO. 4823 D/V ☐ CONTA NRO. 0008317 D/V 5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

D/V

D/V

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.

João Pessoa, 16 de Julho de 2018

Local e Data

Lucas José de Oliveira Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01306.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01306.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucas Jose de Oliveira Araujo**, CPF nº 092.917.184-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Leonisia Pinto de Oliveira Araujo e Jessenildo Araujo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/12/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inácio Albino Neto, Nº 240, complemento APT. 203, BC. 11 - RES. MORUMBI PRIVE, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Granja de Esquerdinha, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98876-3802.

Dados do(s) Fatos:

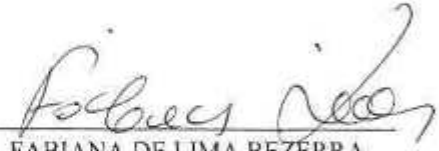
Local: Rua Frei Martinho, Perto do Centro Administrativo, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/01/18 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

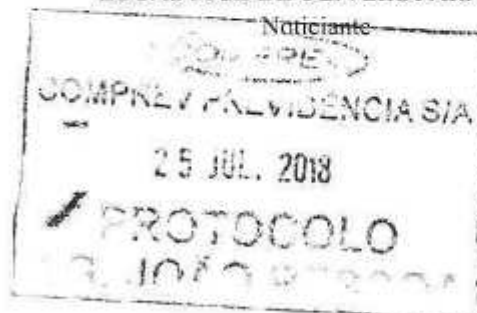
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDL, PRETA, 2013/2014, PLACA NQB2701/PB, CHASSI 9C2KC1680ER007094, registrada em nome do noticiante, quando colidiu na lateral de outra MOTO NÃO IDENTIFICADA, a qual estava parada junto ao meio-fio e repentinamente fez uma manobra irregular interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
Noticiante



Procedimento Policial: 01306.01.2018.1.00.420

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

Lucas José de Oliveira Araújo

CPF da Vítima

092.917.184-59

Data do Acidente

16/01/2018

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:

Assinar 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 signifi ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



José Pereira, 16 de Julho de 2018

Local e Data

Lucas José de Oliveira Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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

ATO Declaratório

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/066, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1952562, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 16/01/2018, na R. Frei Martinho, Bairro: Jaguaribe - João Pessoa - aproximadamente às 19:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 20 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
RUA INACIO ALBINO NETO, 240 / BL 11 AP 203 - GRAMANE
JOAO PESSOA / PB CEP: 53066000 (AG-1)

Emissão: 25/02/2018 Referência: Fev / 2018

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 9/230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Rota 15 - Z - 819 - 6015 Nº medidor: 0002982414

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.056.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 002.695.611
Cód. para Dto. Automático: 00018302687

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018 23/02/2018 26/03/2018 9291718459

UC (Unidade Consumidora): 5/1830268-7

Canal de contato

- Levou chuveiro no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde
Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/01/18	216	23/02/18	245	1	30	30

Demonstrativo		Valor Base Cota		Alto	Alto (R\$)	Base Cota	Base Cota (R\$)	Coef. (R\$)
Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota	Alto	Alto (R\$)	Base Cota	Base Cota (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)
CC	Descrição	Valor Base Cota	Alto	Alto (R\$)	Base Cota	Base Cota (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)
		15,84	0,00	0	0,00	15,84	0,17	0,82
0601	Custo de Disponibilidade							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
		0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE							
		0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 01/2018							

CC: Código de Classificação do item TOTAL 16,27 0,00 0,00 15,84 0,17 0,82

Média últimos meses (kWh)
22

VENCIMENTO
02/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 16,27

Histórico de Consumo (KWh)

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
Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

RESERVADO AO USUÁRIO
ae74,0ef3.e121.d521.3ce8.b7e0.d9ee.4bd4.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Mensur

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,43	1,35	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	10,98		
DIG ANUAL	21,73	1,00	CONTRATADA 202
FIG TRIMESTRAL	6,72		Limite Inferior 231
FIG ANUAL	13,45	1,25	
DMPS	3,11		
DCRI	12,22		

Composição da conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PE	5,60	34,47
Compra de Energia	6,73	41,35
Serviço de Transmissão	0,67	4,12
Encargos Setoriais	1,67	10,26
Impostos Federais e Encargos	1,42	8,73
Outros Serviços	0,20	1,23
Total	16,27	100,00

Valor do USD (R\$) 12/2017: R\$ 1,61

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREENSIVELIA S/A
25 JUL 2018
PROTOCOLO
13.106.00000000

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL4 DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021251173402656669330101017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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 Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luís José de Oliveira Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel/dano da Vítima Luís José de Oliveira Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59, 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 <u>Ruinda Louren</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.ades@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa 16 de Julho de 2018
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/12/94
NOME DA MÃE	LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.056.118
DATA DO ATENDIMENTO	16/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO + FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO ESQUERDO
CID 10	S43.0 + S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor intensa em ombro esquerdo, com limitação funcional. Consciente e orientado. Glasgow 15. Abdomen sem queixas. Presença de fratura-luxação de ombro esquerdo(tuberosidade maior).

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de clavícula esquerda
RX de coluna lombo-sacra

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação de articulação do ombro esquerdo
Fratura de extremidade superior de úmero esquerdo.

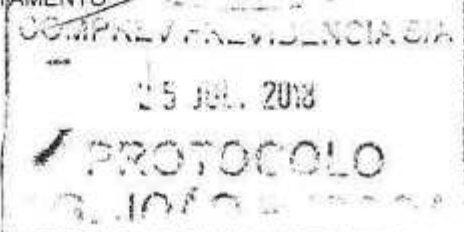
TRATAMENTO:

Redução da luxação. Tratamento conservador de fratura proximal de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	16/01/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Elizavetha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1056118



Identificação do paciente

Identificação do paciente		Sexo	Masculino
ID	Nome	Religião	Prontuário
945283	LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	
16/12/1994	23 anos 1 mes		
Mãe		Pai	
LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO		JESSENILDO ARAUJO DOS SANTOS	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
		RAYANA GOMES SOUSA - ACOMPANHANTE	
		DDD Fixo	Fone Fixo
DDD Móvel	Fone Móvel	NP Cns	
83	988763802	201468160183001	
Tipo documento	Número documento	Tipo	UF
RG (IDENTIDADE)	3291470	BAIRRO	PR
Local de procedência		CBO/R	
JAGUARIBE			
Email	Naturalidade		
	JOAO PESSOA		

Endereço

Endereço	Município de residência	UF	Logradouro
CEP	JOAO PESSOA	PB	Lica Lopes
58077024	Complemento		Bairro
Número			Cuia
47			

Admissão

Admissão	Número da carteira	Convênio
Data e Hora 16/01/2018 19:54:04	1000006175121	SUS

16/01/2018 15:54:04	1000000	Clinica
Especialidade		Origem do paciente
CIRURGIA GERAL		RUA
Classificação de risco		Quanto do acidente

Classificação de risco		Detalhe do acidente
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Indicadores e Transporte		Veio de ambulância	Trauma
Caso policial	Plano de saúde	Não	Não
Não	Não	Quem transportou	
Meio de transporte			
SAMU			

Sinais Vitais

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
mmHg		

Exames complementares

Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []

Dados clínicos:

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC []
 (Dados clínicos)
 Exame físico: ...
 Exame de laboratório: ...
 Exame de imagem: ...
 Exame de função: ...
 Exame de diagnóstico: ...
 Exame de tratamento: ...
 Exame de acompanhamento: ...
 Exame de controle: ...
 Exame de avaliação: ...
 Exame de monitoramento: ...
 Exame de acompanhamento: ...
 Exame de controle: ...
 Exame de avaliação: ...
 Exame de monitoramento: ...
 CID

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimat

COMPRAR PREVIDENCIA S/A.

25 JUL 2018

PROTOCOLLO


 GOVERNO DA PARAÍBA

 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena

 GOVERNO
 DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO		BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28.0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001	Telefone de Contato (83) 988763802
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO		Prontuário		
Endereço Lica Lopes, 47		Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS		Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

 Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo
 EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

 RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior)
 CD: Solicita outras incidências

EM TEMPO:

 APOS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.
 FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

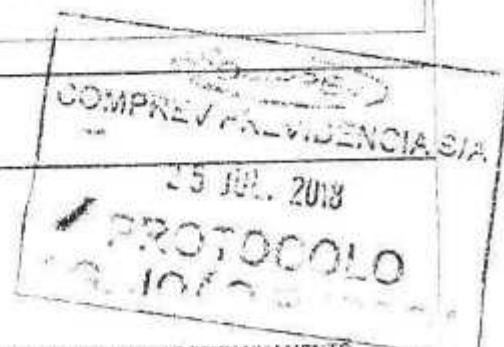
Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

 Assunto:
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
 Data e Hora:
16/01/2018 22:40:28

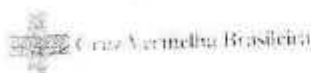
 Motivo de Alta:
ALTA MEDICA

 Observações:
 CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HTOP

 Dr. Pedro Henrique Gutierrez Vargas Freitas
 CRM: 10575/PB

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Exatidão registrada por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

 PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
 [CRM: 10575/PB]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Mse LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Telefone de Contato (83) 988763802
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	UF PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 21:06:51	Nº Cons. Regional 10575/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo.
EFO: Dor e limitação funcional de MSE.
RX AP do ombro esquerdo. Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior)
CD: Solicito outras incidências

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR PACIENTE DE PRANCHA RÍGIDA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP EM NEUTRO / PERFIL ESCAPULAR)

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero
S43.0	Luxação da articulação do ombro

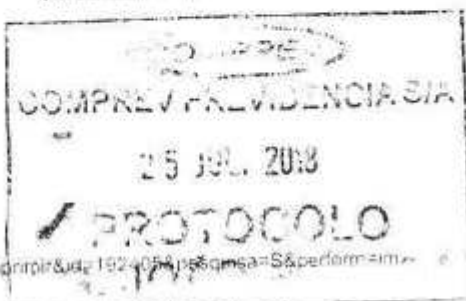
Conduta

Em observação

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRM-PB 10575

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA
UF PB	Nº Cons. Regional 4860/PB	Profissional CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 16/01/2018 20:50:03	Senha
Convênio SUS	Nº Matrícula		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO SEM DESMAIO OU VOMITO, GLASGOW 15. REFERE FORTE DOR EM OMBRO/CLAVICULA ALEM DE LEVE LOMBALGIA, SEM DEFICIT MOTOR OU DOR IRRADIADA. CD: ALTA NEUROCIRURGIA

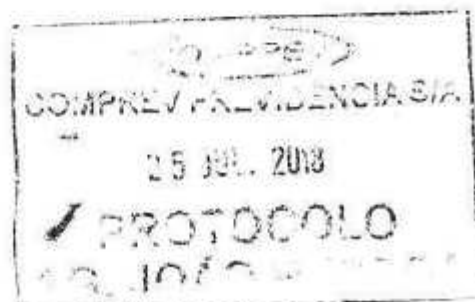
Conduta

Em observação

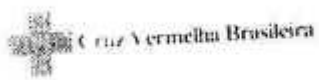
Carlos Pereira da Silva Neto
Neurocirurgia / Neurologia
CRM 100000 - PB

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(4860/PB)



Boletim registrado por JOSE MARCO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	RAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Telefone de Contato (83) 988763802
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	Prontuario
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 20:11:51	Nº Cons. Regional 4087/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Serha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO- MOTO.TRAZIDO PELO SAMU. COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA.
AO EXAME: EGB, CORADO, CONSCIETE ORIENTADO, EUPNEICO.
TÓRAX: DOR E DIFICULDADE AO MOVER O MSE E A PALPAÇÃO DA CLAVICULA ESQUERDA.
ABDÔMEN: DOR Á PALPAÇÃO NA REGIÃO LOMBAR
MMII: MOVIMENTOS PRESERVADOS

MEDICAÇÃO

MORFINA 1MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML). ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML). ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

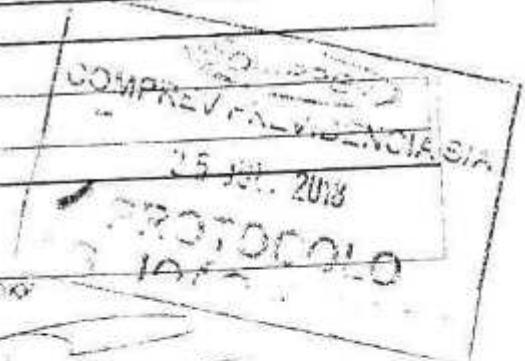
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

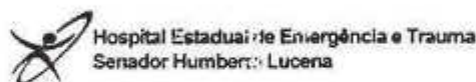
Em observação

Roberto Ciraulo Junior
Cirurgia Geral
CRM 4087



LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(4087/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora: 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28.0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 20146816000001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Telefone de Contato (83) 988763802
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	UF PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47	Nº Cons. Regional 10575/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo.

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior)

CD: Solicito outras incidências

EM TEMPO:

APÓS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.

FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S42.2 Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
**PEDRO HENRIQUE
 GUTIERREZ VARGAS
 FREITAS**

Data e Hora
16/01/2018 22:40:28

Motivo da Alta
ALTA MEDICA

Observações
**CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA ACOMPANHAMENTO
 AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HOSP**

COMPREENSIVELIDADE SIA

15 JAN. 2018

PROTOCOLO

Dr. Pedro Henrique
 Med. Cir.
 CRM-PB/10575

Lucas Jose de Oliveira Araujo
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
 (CRM: 10575/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831057989

Idade: 23 anos

Paciente: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data: 16/01/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Sinais sugestivos de fratura em topografia da cabeça umeral esquerda.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares conservados.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 16/01/2018 23:08.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / OUT. HABITACAO
3291470 SSP PB

CPF
092.917.184-59

DATA NASCIMENTO
16/12/1994

FUNÇÃO
JESSENILDO ARAUJO DOS SANTOS
LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO

MEMBRO
ACC
CAIXA
AD

Nº REGISTRO
05983349102

VALIDADE
06/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
24/01/2014

CEP
52000-000

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
15/10/2015

80952484932
PB030948053

DETRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1169633172

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169633172



202 202

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 22742

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1968

CPF
007.854.364-99

VIA EXPEDIDO EM
01 07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREENSÃO
25 JUL 2016
PROTOCOLADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L
A
C
R
E
0
0
4
0
0
4
3
3
0

DETRAN - PB Nº 013928905634
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 0071191517-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

CPF / CNPJ 09291718459 PLACA NOB2701/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER007094

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

IPV A FAIXA IRVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 04/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

LOCAL DATA
JOAO PESSOA - PB 05/01/2018

36633 16730

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR
TRANSPORTADAS OU NÃO - S

PB Nº 013928905634 BILHETE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEU VEÍCULO
PARA MAIS INFORMAÇÕES,
AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEU SEGURO

www.seguradoraliberty.com.br
SAC DPVAT 0800 020 000

VIA 1 CPF / CNPJ 09291718459

RENAVAM 00711915172 HONDA/CG150

ANO FAB. 2013 CAT. TARE 9 9C2KC1680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELAMENTO

SEGURADORA LIBERTY
CNPJ 09.240.608/0001-00

16730-1114176-

COMPANHIA DE SEGUROS
25 JUN 2018
167300010

CONTRATO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Lucas José da Oliveira Araújo
 DATA DO ACIDENTE 26/03/2018 EPF DA VÍTIMA 092.917.184-59
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA (☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Inácio Albino Neto
 Nº 240 COMPLEMENTO BL 11/ Apto 203 BAIRRO Gromome
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068-200
 E-MAIL cc f. odys@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530
83 99413-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • DOT
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • SAMU
☒ LAUDO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CARTÃO BANCÁRIO
PROCURAÇÃO / SUSEP Botão Bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, E
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) E
 SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME
 (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO
 () CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 1.000.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - R\$ 1.000.000,00
 - DAS LESÕES E DOBRO DO VALOR DA DESPESA MÉDICA
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO DA DATA DO ACIDENTE
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS EM 10 (DEZ) PARCELAS MENSUAIS
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRATUITO SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/03/2018
 IDENTIDADE 22.742.083/PB
 ASSINATURA Adailson Neto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Lucas José de Oliveira Araújo</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Vigilante</u>	Nº DO RG:	<u>05983349102</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Detran-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>15/10/15</u>
Nº DO CPF:	<u>092.917.184-59</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Inácio Albino</u> <u>nº 240, Bl 11, Apt 203, Bairro Guomome, João Pessoa-PB, Cep 58</u> <u>068 200</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Lucas José de Oliveira Araújo, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa - PB, 16 de Março de 2018.
Lucas José de Oliveira Araújo
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a Firma de LUCAS JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO, [71483], J. Pessoa-PB, 16/03/2018 09:53:05
Emol: R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA
Selo Digital AGP84230-EMEY Consulte em 
<https://selodigital.tipb.jus.br>

