

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

---

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180611587**

**Vítima: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

**Data do Acidente: 01/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180611587**

**Vítima: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

**Data do Acidente: 01/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

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

Comprovação de ato declaratório incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180611587**

**Vítima: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

**Data do Acidente: 01/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSIRENE VIDERES PAMPLONA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:  
031 933-694-44

Nome completo da vítima:

Josivene Videres Pamplona

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

Nome completo:

Josivene Videres Pamplona

CPF:  
031.933.694-44

Profissão:

Recupõe-se

Endereço:

Rua Briz Longizoni

Número:  
84

Complemento:

Bairro:

Festa e Silva

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58083-190

Tel.(DDD):  
83-98849-5630

E-mail:

ccf.vdvs@gmail.com

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

RENDA MENSAL:

 RECUPO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 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: Caixa Econômica FederalOperação: 002

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

9

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Sei 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa-PB, 30 de Novembro de 2018

Nome:

CPF:

Josivene Videres Pamplona

(\*) Assinatura de quem assina A FOLHA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença

de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:  
031 933-694-44

Nome completo da vítima:

Josivene Videres Pamplona

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

Nome completo:

Josivene Videres Pamplona

CPF:  
031.933.694-44

Profissão:

Recupõe-se

Endereço:

Rua Briz Longizoni

Número:  
84

Complemento:

Bairro:

Festa e Silva

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58083-190

Tel.(DDD):

83-98849-5630

E-mail:

ccf.vdvs@gmail.com

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

RENDA MENSAL:

 RECUPO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 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: Caixa Econômica FederalOperação: 002

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

9

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  NãoVítima teve filhos:  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa-PB, 30 de Novembro de 2018

Nome: \_\_\_\_\_

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

Josivene Videres Pamplona

(\*) Assinatura de quem assina A FOLHA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 66 /2018

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA  
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB  
PROFISSÃO: RECEPCIONISTA DATA DE NASCIMENTO: 28/12/1982 IDADE: 35 ANOS RG: 2.659.926 SSDS/PB CPF: 011.933.694-44 FILIAÇÃO: JOSÉ MARTINS PAMPLONA E IRENE DE SOUZA VIDRES PAMPLONA ENDEREÇO: RUA BRAZ CANTIZANI, Nº. 84, COSTA E SILVA, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.08-190. TELEFONE: 83-99906-8621 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO SUPERIOR COMPLETO COR DA PELE: PARDÀ DIA DO OCORRIDO: 01/05/2018 LOCAL DO FATO: RUA PARALELA A BR 230, JOÃO PESSOA-PB**

PREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

**NARRATIVA: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA AFIRMA QUE NO DIA 01/05/2018 POR VOLTA DAS 14:30H QUANDO CONDUZIA SUA BICICLETA POR UMA VIA PARALELA A RODOVIA BR 230 NAS PROXIMIDADES DO FORROCK, AO DESVIAR DE UM BURACO, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL APÓS O OCORRIDO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE TEVE SEU ATENDIMENTO REALIZADO ÀS 15:49H E TENDO SIDO DIAGNOSTICADA COM TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA + FERIMENTO DE REGIÃO FRONTAL CID 10 S00.9 + S01.8, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DRº JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.**

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 155.268-1

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018

Josirene Videres Pamplona





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 66 /2018

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA**  
**PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB  
**PROFISSÃO:** RECEPCIONISTA DATA DE NASCIMENTO: 28/12/1982 IDADE: 35 ANOS RG: 2.659.926 SSDS/PB CPF: 011.933.694-44 **FILIAÇÃO:** JOSÉ MARTINS PAMPLONA E IRENE DE SOUZA VIDRES PAMPLONA **ENDEREÇO:** RUA BRAZ CANTIZANI, Nº. 84, COSTA E SILVA, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.08-190. **TELEFONE:** 83-99906-8621 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO SUPERIOR COMPLETO **COR DA PELE:** PARDÀ **DIA DO OCORRIDO:** 01/05/2018 **LOCAL DO FATO:** RUA PARALELA A BR 230, JOÃO PESSOA-PB

PREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

**NARRATIVA:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA AFIRMA QUE NO DIA 01/05/2018 POR VOLTA DAS 14:30H QUANDO CONDUZIA SUA BICICLETA POR UMA VIA PARALELA A RODOVIA BR 230 NAS PROXIMIDADES DO FORROCK, AO DESVIAR DE UM BURACO, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL APÓS O OCORRIDO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE TEVE SEU ATENDIMENTO REALIZADO ÀS 15:49H E TENDO SIDO DIAGNOSTICADA COM TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA + FERIMENTO DE REGIÃO FRONTAL CID 10 S00.9 + S01.8, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DRº JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 155.268-1

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018

Josirene Videres PAMPLONA





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:  
031 933-694-44

Nome completo da vítima:

Josivene Videres Pamplona

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

Nome completo:

Josivene Videres Pamplona

CPF:  
031.933.694-44

Profissão:

Recebe-se

Endereço:

Rua Briz Longizoni

Número:  
84

Complemento:

Bairro:

Festa e Silva

Cidade:

João Pessoa

Estado:  
PBCEP:  
58083-190

E-mail:

ccf.vdvs@gmail.com

Tel.(DDD):  
83-98849-5630

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

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 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: Caixa Econômica FederalOperação: 002

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

9

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa-PB, 30 de Novembro de 2018

Nome:

CPF:

Josivene Videres Pamplona

(\*) Assinatura de quem assina A FOLHA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

031 933-694-44

Nome completo da vítima:

Josivene Videres Pamplona

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

Nome completo:

Josivene Videres Pamplona

CPF: 031.933.694-44

Profissão:

Recupeli-se

Endereço:

Rua Brizzi Montizani

Bairro:

Festa e Silva

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58083-190

E-mail:

ccf.vdvs@gmail.com

Número:

84

Complemento:

Tel.(DDD):

83-98849-5630

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

RENDA MENSAL:

 RECURO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 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: Caixa Econômica FederalOperação: 002

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

21005

9

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Seu cliente 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 cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa-PB, 30 de Novembro de 2018

Nome:

CPF:

Josivene Videres Pamplona

(\*) Assinatura de quem assina A FOLHA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º | Nome:

CPF:

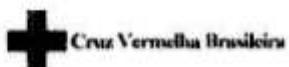
2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1079286



Identificação do paciente				
ID 1285273	Nome JOSIRENE VIDERES PAMPLONA			Sexo Feminino
Data de nascimento 28/12/1982	Idade 35 anos 4 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA				Pai JOSE MARTINS PAMPLONA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LILIANE DE JESUS SILVA - AMIGA
DDD Móvel 63	Fone Móvel 888285441	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2659926	Nº Cns		
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade	UF PB		
Endereço				
CEP 68078070	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA DE LIRA CHAVES	
Número 44	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
Admissão				
Data e Hora 01/05/2018 15:49:58	Número da pulseira 10004240890	Convênio BHS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica COMPREVP/PIREVIDÊNCIA			Orientado paciente RUA
Classificação de risco				Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	03-05-2018		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Pára de saúde JOAO PESSOA	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Anamnese de 01 dia de duração, com dor abdominal, febre, náuseas e vômitos. Diarréia. Foi levado ao hospital por sua filha.				
Diagnóstico	Internado CID			
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 17seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. DRESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1079286





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. DRESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1079286





FAC

9912281356-DR/PB  
UNIMED - JP  
12052018



CTC RECIFE PE PLG (CID/PB)  
JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
RUA BRAZ CANTIZANI, 84  
COSTA E SILVA  
58081-190 JOAO PESSOA - PB



32 11220104 01378 00000008430 30 020518

www.PREV.PREV.DESTAQUES.BR

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



FAC

9912281356-DR/PB  
UNIMED - JP  
2015/2018

Correios

CTC RECIFE PE PLG (CID/PB)  
JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
RUA BRAZ CANTIZANI, 84  
COSTA E SILVA  
58081-190 JOAO PESSOA - PB



32 11220104 01378 00000008430 30 020518

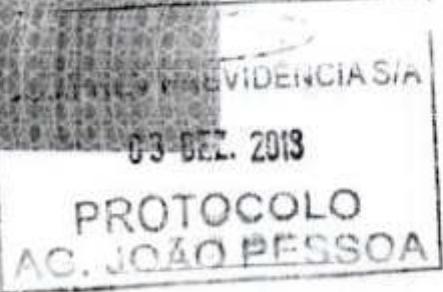
www.PREV.PREV.DESTINOS.COM.BR

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



## 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailton Luiz de Quirino Lautinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Luiz de Quirino Pompiloma inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel/ Domínio da Vítima José Luiz de Quirino Pompiloma, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44, 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>Avenida Lourdes</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>ccf.adailton@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83- 35061910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

João Pessoa-PB, 30 de Novembro de 2013  
 Local e Data

Adailton Luiz de Quirino Lautinho Neto  
 Assinatura do Declarante

*03 DEZ. 2013*  
*PROTÓCOLO*  
*RECIBO PEDE*



**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

<sup>4</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas, resultantes da Lei nº 6.432/90.

Pelo exposto, eu Adrielson Luiz de Souza, Intermediário inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josivene Víduas Pompiloma inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44, do sinistro de DPVAT cobertura 3mobiliz | doms da Vítima Josivene Víduas Pompiloma, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44, 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 Lider-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 sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>Avnida leumas</b>		Número <b>172</b>	Complemento
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>João Pessoa</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58013-430</b>
Email <b>ccj.advs@gmail.com</b>	Telefone comercial(DDD) <b>83- 35061910</b>	Telefone celular (DDD) <b>83-98849-5530</b>	

José Pessoa-PB, 30 de novembro de 2018  
Local e Data

#### Local & Data

Adilson Luiz de Queiroz Lourenço Neto  
Assinatura do Declarante

### Assinatura do Declarante

DLDBL 001 v001/2017



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSIRENE VIDERES PAMPOLA
DATA DE NASCIMENTO	28/12/82
NOME DA MÃE	IRENE SOUSA VIDERES PAMPOLA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.079.286
DATA DO ATENDIMENTO	01/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:49
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE BICICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA + FERIMENTO DE REGIÃO FRONTAL
CID 10	S00.9 + S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de bicicleta, sem déficits focais, consciente, orientada, ferimento contuso em região frontal, TC sem sinais de fraturas, realizado sutura do ferimento. Refere dor em ombro direito.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crâno  
RX do ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimento frontal

ALTA HOSPITALAR: 01/05/18  
DATA DA EMISSÃO: 21/08/18

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

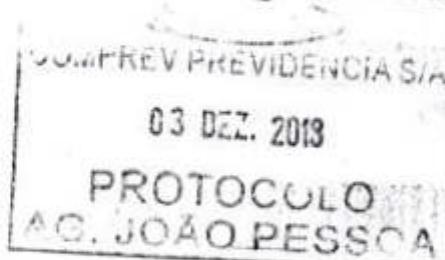
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

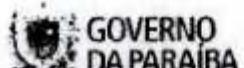
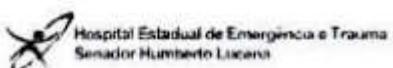
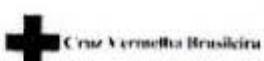
Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSIRENE VIDERES PAMPLONA</b>		BAE 1079286	Data/Hora Entrada 01/05/2018 15:49:58	Data Beira
Data de nascimento 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988265441
Mãe <b>IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA</b>		Prontuário		
Endereço <b>MARIA DE LIRA CHAVES, 44</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LOPES DE SOUSA FILHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6676/PB</b>
Data/Hora Classificação 01/05/2018 15:49:58		Data/Hora Prescrição 01/05/2018 19:54:16		
<b>Anamnese</b>				
TCE LEVE POR ACIDENTE ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS TCC - NDN CD: ALTA DA NCG AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA				
<b>Conduta</b>				
Em observação				

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO  
(CRM: 6076/PB)



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSIRENE VIDERES PAMPLONA</b>	BAE 1079286	Data/Hora Entrada 01/05/2018 15:49:58	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo Feminino	CHG
Mãe <b>IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA</b>			
Endereço <b>MARIA DE LIRA CHAVES, 44</b>	Bairro FUNCIONARIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>AUTRAN DA NOBREGA ALVES</b>	Nº Cons. Regional 4672/
Data/Hora Classificação: 01/05/2018 15:49:58		Data/Hora Prescrição 01/05/2018 20:08:48	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CICLÍSTICO, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA. APRESENTANDO FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CREPISTAÇÃO NOS OSSOS DA FACE, TOMOGRAFICA COMPUTADORIZADA SEM IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA. HD: FCC EM FACE  
CD: REALIZO SUTURA + ALTA BMF + SEGUO AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

## CID10

Código	Descrição
S00.9	Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

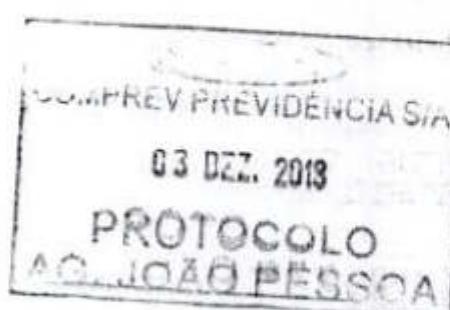
**Conduta**  
Em observação

Autran da Nobrega Alves  
Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

AUTRAN DA NOBREGA ALVES 4672/

(: 4672/)





Cruz Vermelha  
Brasileira

## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 17:26  
Usuário: BRUNO DE LUNA  
Boleto: 1079286

### PREScrição MÉDICA

Nome JOSIRENE VIDÉRES PAMPLONA	Data de 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo FEMININO	Nº 1079286	Nº Prontuário	Data Prescrição 01/05/2018 17:26:35
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Latão			Validade da Prescrição 01/05/2018 17:26:00 - 02/05/2018 17:26:00		
Convenio SUS				Matrícula	Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	

01 de Maio de 2018

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional





# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 18:43

Usuário: EVERTON

Boleto: 1079288



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSIRENE VIDERES PAMPLONA	Data de 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo FEMININO	Nº 1079288	Nº Prontuário	Data Prescrição 01/05/2018 18:43:00
Motivo do Atendimento Enfermeira / Lato:	Validade da Prescrição 01/05/2018 18:43:00 - 02/05/2018 18:43:00					
Convenio SUS	Matrícula					Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agravamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROcirurgia	0.0						

01 de Maio de 2018

EVERTON SILVEIRA MACEDO  
CRM: 11537

Everton Silveira Macedo Carimbo do Profissional  
CRM: 11537  
Residente Clínica Geral





Atendimento: 201831283531

Data Nasc: 28/12/1982 - 35 anos

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data Exame: 01/05/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

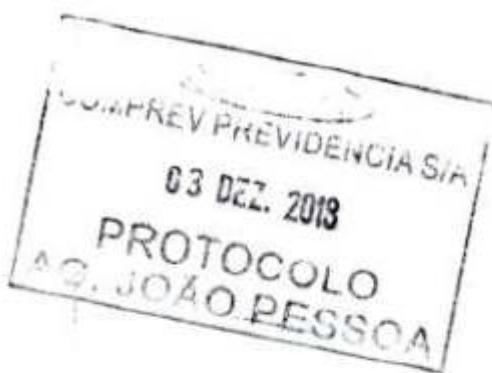
Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*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 01/05/2018 20:56*

**Dr. Leonardo Franco Felipe**  
**CRM: 5263- PB**



RA: 0190210673  
Sr(a): JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Dr(a): HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA/5050  
Coleta: GEISEL Convenio:UNIMED D.N:28/12/1982  
Cadastro: 03/05/2018 - 07:09:47

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**ERITROGRAMA**

		<b>VALORES DE REFERENCIA</b>	
HEMÁCIAS	4,170	4.0 - 5.2	milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	11,9	12.0 - 16.0	g/dL
	mm	14 - 18	u

V.C.M.	85,9	80 - 100	mm3
H.C.M.	28,5	26 - 34	ug
C.H.C.M.	33,2	32 - 36	g/dL
R.D.W	13,3	10 - 15	%
<b>LEUCOGRAMA</b>			
LEUCÓCITOS	6800	4.200 - 11.000	/mm3
NEUTRÓFILOS	68,8	40 - 70 1800 7700	/mm3
BASTONETES	0,0	0 - 5 0 - 550	/mm3
SEGMENTADOS	68,8	4678 40 - 65 1800 - 7150	/mm3
EOSINÓFILOS	1,5	102 0 - 5 0 - 550	/mm3
RASÓFILOS	0,0	0 - 1 0 - 110	/mm3
LINFÓCITOS TÍPICOS	21,2	1442 20 - 40 840 - 4400	/mm3
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0,0	0 - 2 0 - 220	/mm3
MONÓCITOS	8,0	544 2 - 10 84 - 580	/mm3
PLAQUETAS	219.000	150 A 450 mil/mm3	/mm3

**COMENTARIOS**

SÉRIE VERMELHA: Normocromática, Normocítica

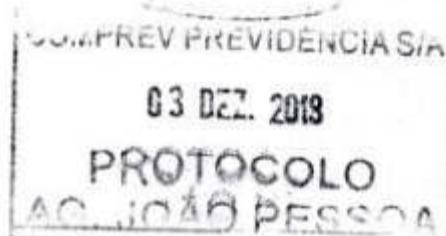
SÉRIE PLAQUETARIA: Aparentemente normal ao exame do esfregão

SÉRIE BRANCA: Leucócitos morfológicamente conservados

Método: Contagem Automatizada por Cítometria de Fluxo e Avaliação em Microscopia Convencional

Material: EDTA (T.Roxa)

Coleta: 03/05/2018



DR. EDUARDO DORE SOARES CRM-PB 6181

"Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emitente pode relacioná-los com o histórico natural e o quadro clínico do paciente." Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDCM/2015/MP N°2.200/2001.

Para consultá-la acesse: <http://www.roseannedore.com.br> com login e senha.



RA: 0190210673  
Sr(a): JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Dr(a): HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA/5050  
Coleta: GEISEL Convenio:UNIMED D.N:28/12/1982  
Cadastro: 03/05/2018 - 07:09:47

**COAGULOGRAMA**

		Valores de Referência:	
Tempo de sangramento	1`40``	Até 5	minutos
Tempo de Coagulação	4`20``	Até 12	minutos
Tempo de Referência do plasma normal	13.2	13.2	Segundos
Tempo de Protrombina ativada	...		

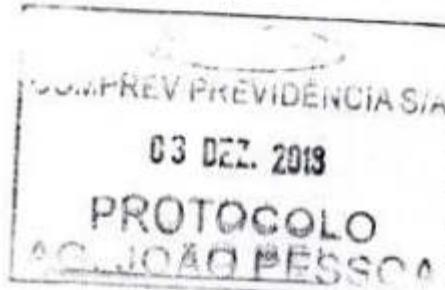
Atividade de Protrombina	89.3	70 a 100	
I.S.I	1.20	1.20	
INR	1.07	1.00	
Tempo de Tromboplastina Parcial	30.1	28.0 a 45.0	Segundos
Contagem de Plaquetas	219	150 a 450	mil/mm3
Valores de INR em casos de uso de anti-coagulante terapia oral.			
* Profilaxia de trombose em paciente cirurgiado de alto risco:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Tratamento de trombose venosa:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Prevenção de embolismo:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Prevenção de recorrência de embolismo ou tratamento de paciente com valvulas cardíacas mecânicas:			
INR: 3.0 - 4.5			

EQUIPAMENTO: DESTINY PLUS - AUTOMATIZADO

NOTA: Alteração dos valores de referência a partir de 12/09/2016

Método: NEFELOMETRIA  
Material: EDTA (T.ROXA)  
Colta: 03/05/2018

GLICOSE	86	Valores de Referência: Até 99	mg/dL
Resultados Anteriores: 17/04/18 (67) 15/05/17 (78) 01/06/17 (86) 08/02/17 (75) 20/07/16 (83)		*Gestante: Até 92	
Método: ENZIMATICO COLORIMETRICO Material: SORO (T.Vermelha) Colta: 03/05/2018			



Dr. Gustavo Adolfo - CRF 3927

"Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emissor pode relacioná-los com o histórico natural e o quadro clínico do paciente."  
Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDC30/2015/MP Nº2.209/2001.  
Para consultá-la acesse: <http://www.roseamedica.com.br> com login e senha.





**CLINOR**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

CRM-PB 5050-TRT 6513

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

HEUDER ROMERO L. NOBREGA

CRM: 5050

Rua: AV GETULIO VARGAS  
Bairro: CENTRO  
Cidade: J. PESSOA UF: PB  
CEP: 58013-240 Fone: 3015-2029

1 via - Relação da Farmácia ou Drogaria  
2 via - Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Heuder Romero L. Nobrega  
CRM-PB 5050-TRT 6513

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Endereço: BRAZ CANTIZANI 84 - COSTA E SILVA - - PB 58081190

USO ORAL

REVANGE 37.5 /325 MG - COMPRIMIDO -----> 1 (Um)

TOMAR 1 COMPRIMIDO(S) DE 08/08 HORAS DURANTE 07 (Sete) DIAS.



J. PESSOA, 21/05/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Ident \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Fone \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029

**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555

**SUL** - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

[WWW.CLINOR.COM.BR](http://WWW.CLINOR.COM.BR)



CHINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CEDIPA

Dr. Mário Toscano Uchôa

CRM - 1587  
Especialista em Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva  
Clínica Médica

BECCHIARO

Barri: OSIBENE VIDERES PAMPLONA

ALERTADO

USO ORAL

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a). JOSIRENE VIDEIRE PAMPLONA, portador de RG 2659926 - SSPPB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 18:03 até as 19:29, sendo portador de afecção CID - S420. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 60 (Sessenta ) dias, a partir desta data.

DEXILANT 60 ..... 01 CX

TOMAR 01 COMPANTES DO CAFE  
DA MANHÃ... 30 DIAS

**HEUDER ROMERO L. NOBREGA**  
Medico ortopedista - CRM - 5050

J. PESSOA, 02/06/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2013  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

## Autorizacão

Eu, JOSIRENE VIDERES RAMOS, com CPF 000.000.000-00, residente na Rua 100, nº 100, bairro Centro, CEP 00000-000, no município de Rio Claro, São Paulo, declaro que o paciente ROMERO L. NOBREGA a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

10/05/2018

*R. João Pernambuco, 67 - Centro - João Pessoa - PB Tel (083) 3222-1829 ou 3244-0150*

CEMENTO - AY CHICO VARGAS 126 - 63 3015 2026

**EXAME CLÍNICO CARDIOLÓGICO PRÉ-OPERATÓRIO  
(RISCO CIRÚRGICO)**

NOME: Josineu Vilela Pinto Data: 02/05/18  
 CIRURGIA PROPOSTA: Cirurgia para correção de supraventricular Sexo F Idade 35.  
 INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Assintomático  Sintomático  Eletiva  Urgência   
 Dor Precordial: Típica  Atípica  Cefaléia  Palpitação  Desmaios  Tosse   
 OUTROS SINTOMAS:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS: Hipertensão Arterial: Leve/Moderada  Severa  D. Chagas   
 Asma Brônquica  Tabagismo  DM  Febre Reumática  Coronariopatia Familiar

MEDICAÇÃO EM USO ATUAL: 0

EXAME FÍSICO APARELHO CARDIOVASCULAR: Normal  Anormal  Clanose   
 Turgor Jugular 45° B - 3 B - 4 "Click" Sopros Abdome  
 TA 120 x 70 mmHg. Estado Nutricional: Normal  Desnutrido  Obeso   
 RC 80 bpm ACV Per 2 AT 3wA s/  
 Edema de MMII 0 AR: per 2 a 3wA  
 ELETROCARDIOGRAMA: Ritmo sinusal regular eixo neutr. sem alterações  
 OUTROS EXAMES: h. Fg 87-7

CONCLUSÕES: (Critério de Goldman & Cols.) A (A-I..

Classes	Complicações Risco de Vida	Mortalidade
I - <input checked="" type="checkbox"/> Risco Cirúrgico Normal.	0,7%	0,2%
II - <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico com elementos pouco importante sob o ponto de vista cardiológico, na avaliação global do pré-operatório	5%	2%
III - <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico com elementos importantes, sob o ponto de vista cardiológico, na avaliação global do pré-operatório	11%	2%
IV - <input type="checkbox"/> Risco cirúrgico com elevada possibilidade de complicações transoperária, devendo a cirurgia ser evitada, ou protelada, na medida possível	22%	56%

Observações:

CONFPREV PREVIDÊNCIA SIA  
 03 DEZ. 2013  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

~~CARDIOLOGISTA - CREMEPE~~

FIK - CARDIOLOGIA  
ECG de Repouso

Exame: 2848

Nome: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

FC 83 bpm

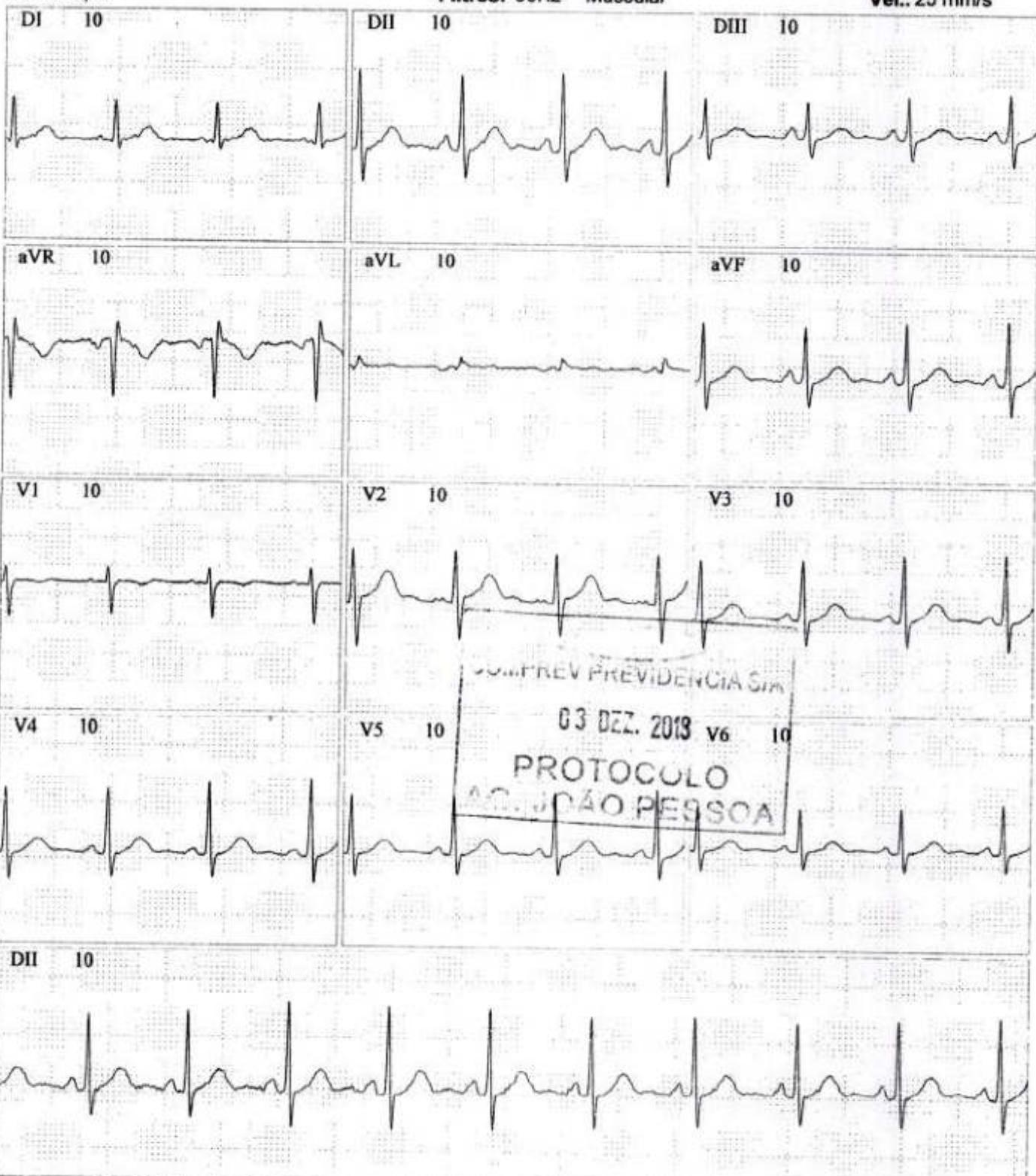
Reg.Clin.:

Data: 02/05/2018 - 13:56

Nasc.: 28/12/1982

Vel.: 25 mm/s

Filtros: 60Hz Muscular



ECG: Rhythmo Sinusal regular, com ondas de difusas.  
Nefos ST-T. Se observam, brancas.  
Sopro de 3º grau de N. pulmão.

(c) MICROMED Biotechnologia



GOVERNO  
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

### Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERE PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado

Idade: 35

BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG —————— 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

### Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERE PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado

Idade: 35

BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG —————— 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

RECEITA PREVIDÊNCIA S/N  
03 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Heuder Romero L. Nóbrega  
Ortopedista / Traumatologista  
Av. 20 de Outubro, 555  
351-50000-0000

Dr. Heuder Romero L. Nóbrega  
Ortopedista / Traumatologista  
Av. 20 de Outubro, 555  
351-50000-0000

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



GOVERNO  
DA PARÁ



Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Receituário  
Idade:

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Data: 01/05/2018 21:24:09 Sexo Feminino CPE: Não Informado  
Idade: 35 RAE: 40702000

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA DEVE FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR UM PERÍODO DE 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA PRESENTE DATA: 01/05/2018.

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
50050/88

**HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**  
**Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Ladeira



Crisis Vermeindin



Receituário

**Receituário**  
Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Idade: 35

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA DEVE FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR UM PERÍODO DE 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA PRESENTE DATA 01/05/2018

2011/PRÉV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
ACOOMPRESA

10064/1/autumno 2002

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
50500PB

THE HUMBLE BEECH

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Coni, Pedro Gondim, João Pessoa - Paraíba - Cep: 58021-000



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSIRENE VIDERES PAMPOLA
DATA DE NASCIMENTO	28/12/82
NOME DA MÃE	IRENE SOUSA VIDERES PAMPOLA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.079.286
DATA DO ATENDIMENTO	01/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:49
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE BICICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA + FERIMENTO DE REGIÃO FRONTAL
CID 10	S00.9 + S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de bicicleta, sem déficits focais, consciente, orientada, ferimento contuso em região frontal, TC sem sinais de fraturas, realizado sutura do ferimento. Refere dor em ombro direito.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crâno  
RX do ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimento frontal

ALTA HOSPITALAR: 01/05/18  
DATA DA EMISSÃO: 21/08/18

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

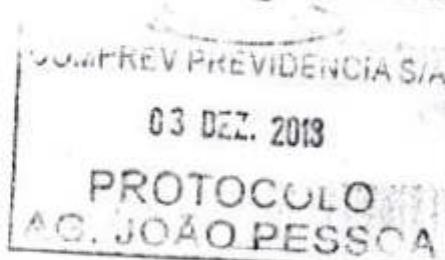
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

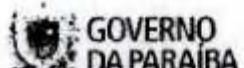
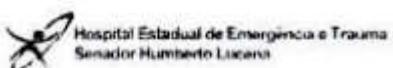
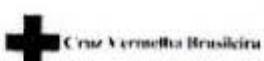
Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSIRENE VIDERES PAMPLONA</b>		BAE 1079286	Data/Hora Entrada 01/05/2018 15:49:58	Data Beira
Data de nascimento 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988265441
Mãe <b>IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA</b>		Prontuário		
Endereço <b>MARIA DE LIRA CHAVES, 44</b>		Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LOPES DE SOUSA FILHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6676/PB</b>
Data/Hora Classificação 01/05/2018 15:49:58		Data/Hora Prescrição 01/05/2018 19:54:16		
<b>Anamnese</b>				
TCE LEVE POR ACIDENTE ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS TCC - NDN CD: ALTA DA NCG AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA				
<b>Conduta</b>				
Em observação				

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO  
(CRM: 6676/PB)



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSIRENE VIDERES PAMPLONA</b>	BAE 1079286	Data/Hora Entrada 01/05/2018 15:49:58	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo Feminino	CHG
Mãe <b>IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA</b>			
Endereço <b>MARIA DE LIRA CHAVES, 44</b>	Bairro FUNCIONARIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>AUTRAN DA NOBREGA ALVES</b>	Nº Cons. Regional 4672/
Data/Hora Classificação: 01/05/2018 15:49:58		Data/Hora Prescrição 01/05/2018 20:08:48	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CICLÍSTICO, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA. APRESENTANDO FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CREPISTAÇÃO NOS OSSOS DA FACE, TOMOGRAFICA COMPUTADORIZADA SEM IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA. HD: FCC EM FACE  
CD: REALIZO SUTURA + ALTA BMF + SEGUO AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

## CID10

Código	Descrição
S00.9	Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

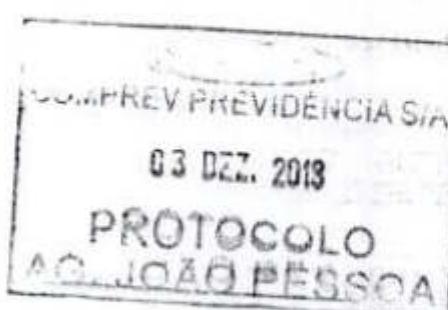
**Conduta**  
Em observação

Autran da Nobrega Alves  
Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

AUTRAN DA NOBREGA ALVES 4672/

(: 4672/)





Cruz Vermelha  
Brasileira

## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 17:26  
Usuário: BRUNO DE LUNA  
Boleto: 1079286

### PREScrição MÉDICA

Nome JOSIRENE VIDÉRES PAMPLONA	Data de 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo FEMININO	Nº 1079286	Nº Prontuário	Data Prescrição 01/05/2018 17:26:35
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Latão			Validade da Prescrição 01/05/2018 17:26:00 - 02/05/2018 17:26:00		
Convenio SUS				Matrícula	Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	

01 de Maio de 2018

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional





# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 18:43

Usuário: EVERTON

Boleto: 1079288



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSIRENE VIDERES PAMPLONA		Data de 28/12/1982	Idade 35a 4m 3d	Sexo FEMININO	Nº 1079288	Nº Prontuário	Data Prescrição 01/05/2018 18:43:00
Motivo do Atendimento		Enfermeiro / Laito:		Validade da Prescrição 01/05/2018 18:43:00 - 02/05/2018 18:43:00			
Convenio SUS				Matricula	Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agravamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROcirurgia	0.0						

01 de Maio de 2018

EVERTON SILVEIRA MACEDO  
CRM: 11537

Everton Silveira Macedo Carimbo do Profissional  
CRM: 11537  
Residente Clínica Geral





Atendimento: 201831283531

Data Nasc: 28/12/1982 - 35 anos

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data Exame: 01/05/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

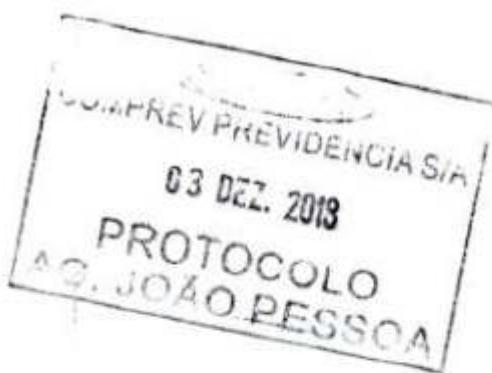
Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*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 01/05/2018 20:56*

**Dr. Leonardo Franco Felipe**  
**CRM: 5263- PB**



RA: 0190210673  
Sr(a): JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Dr(a): HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA/5050  
Coleta: GEISEL Convenio:UNIMED D.N:28/12/1982  
Cadastro: 03/05/2018 - 07:09:47

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**ERITROGRAMA**

		<b>VALORES DE REFERENCIA</b>	
HEMÁCIAS	4,170	4.0 - 5.2	milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	11,9	12.0 - 16.0	g/dL
	mm	14 - 18	u

V.C.M.	85,9	80 - 100	mm3
H.C.M.	28,5	26 - 34	ug
C.H.C.M.	33,2	32 - 36	g/dL
R.D.W	13,3	10 - 15	%
<b>LEUCOGRAMA</b>			
LEUCÓCITOS	6800	4.200 - 11.000	/mm3
NEUTRÓFILOS	68,8	40 - 70 1800 7700	/mm3
BASTONETES	0,0	0 - 5 0 - 550	/mm3
SEGMENTADOS	68,8	4678 40 - 65 1800 - 7150	/mm3
EOSINÓFILOS	1,5	102 0 - 5 0 - 550	/mm3
RASÓFILOS	0,0	0 - 1 0 - 110	/mm3
LINFÓCITOS TÍPICOS	21,2	1442 20 - 40 840 - 4400	/mm3
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0,0	0 - 2 0 - 220	/mm3
MONÓCITOS	8,0	544 2 - 10 84 - 580	/mm3
PLAQUETAS	219,000	150 A 450 mil/mm3	/mm3

**COMENTARIOS**

SÉRIE VERMELHA: Normocromática, Normocítica

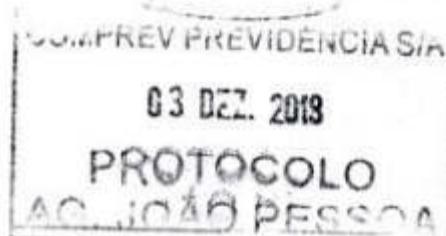
SÉRIE PLAQUETARIA: Aparentemente normal ao exame do esfregão

SÉRIE BRANCA: Leucócitos morfológicamente conservados

Método: Contagem Automatizada por Cítometria de Fluxo e Avaliação em Microscopia Convencional

Material: EDTA (T.Roxa)

Coleta: 03/05/2018



DR. EDUARDO DORE SOARES CRM-PB 6181

"Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emitente pode relacioná-los com o histórico natural e o quadro clínico do paciente." Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDCM/2015/MR Nº2.200/2001.

Para consultá-la acesse: <http://www.roseannedore.com.br> com login e senha.



RA: 0190210673  
Sr(a): JOSIRENE VIDERES PAMPLONA  
Dr(a): HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA/5050  
Coleta: GEISEL Convenio:UNIMED D.N:28/12/1982  
Cadastro: 03/05/2018 - 07:09:47

**COAGULOGRAMA**

		Valores de Referência:	
Tempo de sangramento	1`40``	Até 5	minutos
Tempo de Coagulação	4`20``	Até 12	minutos
Tempo de Referência do plasma normal	13.2	13.2	Segundos
Tempo de Protrombina ativada	...		

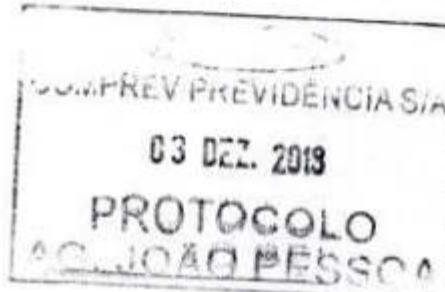
Atividade de Protrombina	89.3	70 a 100	
I.S.I	1.20	1.20	
INR	1.07	1.00	
Tempo de Tromboplastina Parcial	30.1	28.0 a 45.0	Segundos
Contagem de Plaquetas	219	150 a 450	mil/mm3
Valores de INR em casos de uso de anti-coagulante terapia oral.			
* Profilaxia de trombose em paciente cirurgiado de alto risco:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Tratamento de trombose venosa:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Prevenção de embolismo:			
INR: 2.0 - 3.0			
* Prevenção de recorrência de embolismo ou tratamento de paciente com valvulas cardíacas mecânicas:			
INR: 3.0 - 4.5			

EQUIPAMENTO: DESTINY PLUS - AUTOMATIZADO

NOTA: Alteração dos valores de referência a partir de 12/09/2016

Método: NEFELOMETRIA  
Material: EDTA (T.ROXA)  
Colta: 03/05/2018

GLICOSE	86	Valores de Referência: Até 99	mg/dL
Resultados Anteriores: 17/04/18 (67) 15/05/17 (78) 01/06/17 (86) 08/02/17 (75) 20/07/16 (83)		*Gestante: Até 92	
Método: ENZIMATICO COLORIMETRICO Material: SORO (T.Vermelha) Colta: 03/05/2018			



Dr. Gustavo Adolfo - CRF 3927

"Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emitente pode relacioná-los com o histórico natural e o quadro clínico do paciente."  
Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDC30/2015/MP Nº2.209/2001.  
Para consultá-la acesse: <http://www.roseamedica.com.br> com login e senha.





**CLINOR**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

CRM-PB 5050-TEOT 6513

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

HEUDER ROMERO L. NOBREGA

CRM: 5050

Rua: AV GETULIO VARGAS  
Bairro: CENTRO  
Cidade: J. PESSOA UF: PB  
CEP: 58013-240 Fone: 3015-2029

1 via - Relação da Farmácia ou Drogaria  
2 via - Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Heuder Romero L. Nobrega  
CRM-PB 5050-TEOT 6513

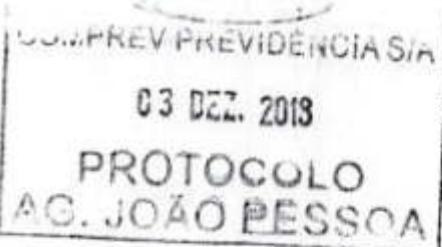
Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Endereço: BRAZ CANTIZANI 84 - COSTA E SILVA - - PB 58081190

USO ORAL

REVANGE 37.5 /325 MG - COMPRIMIDO -----> 1 (Um)

TOMAR 1 COMPRIMIDO(S) DE 08/08 HORAS DURANTE 07 (Sete) DIAS.



J. PESSOA, 21/05/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Ident \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

End. \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029

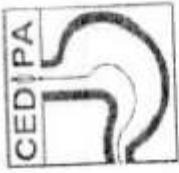
**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555

**SUL** - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

[WWW.CLINOR.COM.BR](http://WWW.CLINOR.COM.BR)



ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



Dr. Mário Toscano Uchôa

CRM - 1587  
Especialista em Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva  
Clínica Médica

RECEITUÁRIO

Para: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

ATESTADO

USO ORAL

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a). JOSIRENE VIDERES PAMPLONA, portador de RG 2659926 - SSPPB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 18:03 até as 19:29, sendo portador de afecção CID - S42.0. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 60 (Sessenta ) dias, a partir desta data.

Dr. Heuder Romero L. Nobreza  
Ortopédia, Traumatologia  
CRM-PE 5100017651

HEUDER ROMERO L. NOBREGA  
Medico ortopedista - CRM - 5050

Autorizacão

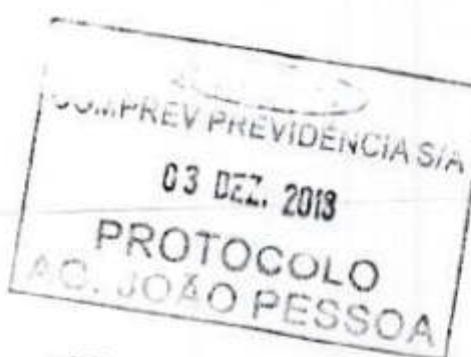
Eu, JOSIRENE VIDERES PAMPLONA, autorizo o médico HEUDER ROMERO L. NOBREGA a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

J.PESSOA, 02/06/2018

Dr. Mário Toscano Uchôa  
Especialista em Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva  
Clínica Médica

10/05/2018



**EXAME CLÍNICO CARDIOLÓGICO PRÉ-OPERATÓRIO  
(RISCO CIRÚRGICO)**

NOME: Josineu Vilela Pinto Data: 02/05/18  
 CIRURGIA PROPOSTA: Cirurgia para correção de supraventricular Sexo F Idade 35.  
 INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Assintomático  Sintomático  Eletiva  Urgência   
 Dor Precordial: Típica  Atípica  Cefaléia  Palpitação  Desmaios  Tosse   
 OUTROS SINTOMAS:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS: Hipertensão Arterial: Leve/Moderada  Severa  D. Chagas   
 Asma Brônquica  Tabagismo  DM  Febre Reumática  Coronariopatia Familiar

MEDICAÇÃO EM USO ATUAL: 0

EXAME FÍSICO APARELHO CARDIOVASCULAR: Normal  Anormal  Clanose   
 Turgor Jugular 45° B - 3 B - 4 "Click" Sopros Abdome  
 TA 120 x 70 mmHg. Estado Nutricional: Normal  Desnutrido  Obeso   
 RC 80 bpm ACV Per 2 AT 3wA s/  
 Edema de MMII 0 AR: per 2 a 3wA  
 ELETROCARDIOGRAMA: Ritmo sinusal regular eixo neutr. sem alterações  
 OUTROS EXAMES: h. Fg 87-7

CONCLUSÕES: (Critério de Goldman & Cols.) A (A-I..

Classes	Complicações Risco de Vida	Mortalidade
I - <input checked="" type="checkbox"/> Risco Cirúrgico Normal.	0,7%	0,2%
II - <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico com elementos pouco importante sob o ponto de vista cardiológico, na avaliação global do pré-operatório	5%	2%
III - <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico com elementos importantes, sob o ponto de vista cardiológico, na avaliação global do pré-operatório	11%	2%
IV - <input type="checkbox"/> Risco cirúrgico com elevada possibilidade de complicações transoperária, devendo a cirurgia ser evitada, ou protelada, na medida possível	22%	56%

Observações:

CONFPREV PREVIDÊNCIA SIA  
 03 DEZ. 2013  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

~~CARDIOLOGISTA - CREMEPE~~

## FIK - CARDIOLOGIA

Exame: 2848

Nome: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

FC 83 bpm

**Reg.Clin.:**

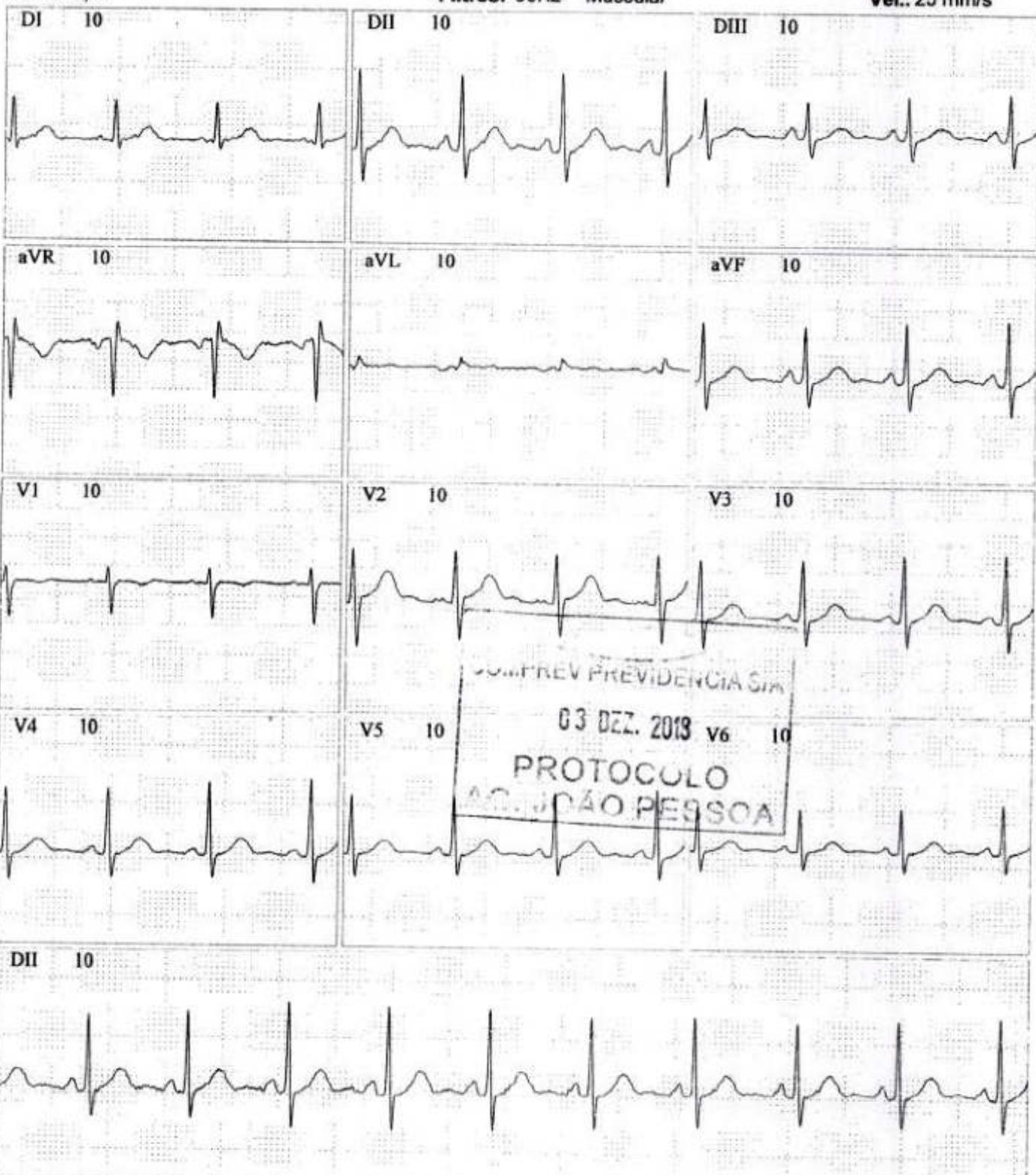
Data: 02/05/2018 - 13:56

Nasc.: 28/12/1982

Vel.: 25 mm/s

**Filtros: 60Hz** **Muscular**

DIII 10



ECG: 2 pms lent, rythm. sinus, sans défaillance ST-T. Fr débile, 100 bat/min.  
Deps de l'odys de N. v. l. de



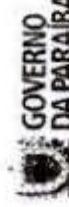
GOVERNO  
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Cruz Vermelha Brasileira



GOVERNO  
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

### Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado

Idade: 35

BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG —————— 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

### Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado

Idade: 35

BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG —————— 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

RECEITA PREVIDÊNCIA S/N  
03 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Heuder Romero L. Nobre  
Ortopedista / Traumatologista  
Av. 20 de Outubro, 555  
351-50000-0000

Dr. Heuder Romero L. Nobre  
Ortopedista / Traumatologista  
Av. 20 de Outubro, 555  
351-50000-0000

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERE'S PAMPLONA  
Data: 01/05/2018 21:24:09 Sexo Feminino CPF: Não Informado  
Idade: 35 BAE: 1079286

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA DEVE FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR UM PERÍODO DE 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA PRESENTE DATA 01/05/2018.

03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
C. JOSÉ PESSOA

Dr. Heuder Romero L. Nobrega  
Ortopedia / Traumatologia

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

## Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERE'S PAMPLONA  
Data: 01/05/2018 21:24:09 Sexo Feminino CPF: Não Informado  
Idade: 35 BAE: 1079286

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA DEVE FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR UM PERÍODO DE 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA PRESENTE DATA 01/05/2018.

Dr. Heuder Romero L. Nobrega  
Ortopedia / Traumatologia

Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
5050/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

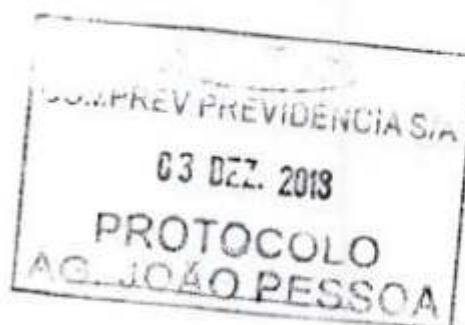


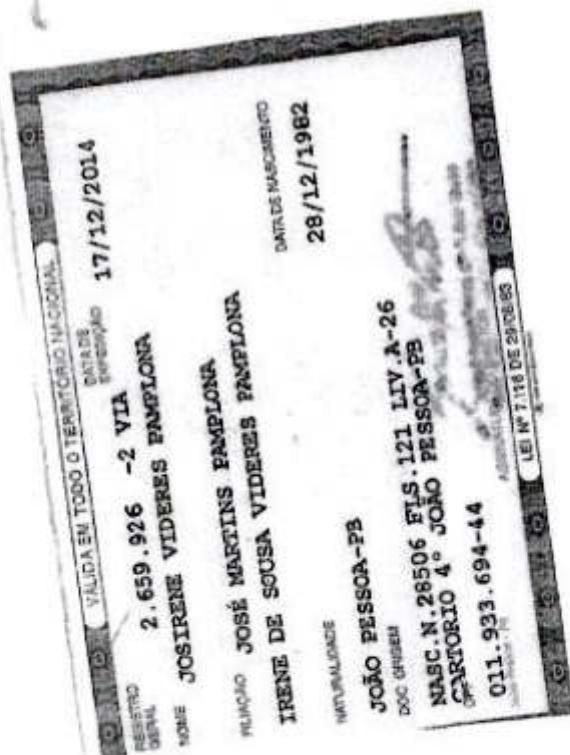
JOÃO PESSOA

03 DEZ. 2013

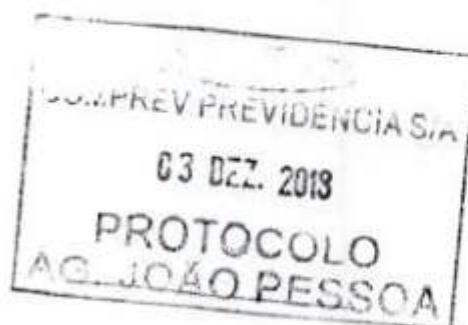
PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA





1. CARTÃO DE IDENTIDADE  
2. PROTOCOLO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
3. DEZ. 2013  
JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180611587      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA      **Data do acidente:** 01/05/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL SEM SINAIS DE FRATURAS(TRAUMA CORTO CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS 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:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180611587      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA      **Data do acidente:** 01/05/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO FACIAL SEM SINAIS DE FRATURAS(TRAUMA CORTO CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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:** Jesuane Vídeos Pamplona  
**NACIONALIDADE:** Brasileira **ESTADO CIVIL:** Solteira  
**PROFISSÃO:** Recepcionista **Nº DO RG:** 2.659.926  
**ORGÃO EMISSOR:** 5505-73 **DATA DE EMISSÃO:** 17/12/14  
**Nº DO CPF:** 031.933.694-44 **ENDEREÇO:** Rua 3iroz Ponti-z  
zini, n.º 84, Bairro Boa Vista e Silva, João Pessoa - PB, CEP 58083-190

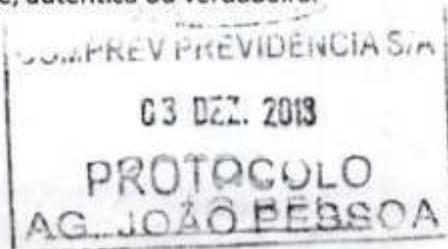
**OUTORGADO:** ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742  
**ORGÃO EMISSOR:** OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016  
**Nº DO CPF:** 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, N.º 172, BAIRRO  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

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jesuane Vídeos Pamplona, 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 Pires - 73 06 de Agosto 2018

Jesuane Vídeos Pamplona  
Outorgante

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



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Jesuane Vídeos Pamplona  
**NACIONALIDADE:** Brasileira **ESTADO CIVIL:** Solteira  
**PROFISSÃO:** Recepcionista **Nº DO RG:** 2.659.926  
**ÓRGÃO EMISSOR:** 5505-73 **DATA DE EMISSÃO:** 17/12/14  
**Nº DO CPF:** 031.933.694-44 **ENDEREÇO:** Rua 3iroz Ponti-z  
zini, n.º 84, Bairro Boa Vista e Silva, João Pessoa - PB, CEP 58083-190

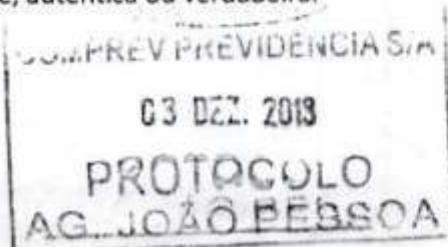
**OUTORGADO:** ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742  
**ÓRGÃO EMISSOR:** OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016  
**Nº DO CPF:** 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, N.º 172, BAIRRO  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

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jesuane Vídeos Pamplona, 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 Pinto - 73 06 de Agosto 2018

Jesuane Vídeos Pamplona  
Outorgante

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463669/18

**Número do Sinistro:** 3180611587

**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**CPF:** 011.933.694-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/05/2018

**Titular do CPF:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 07/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

---

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

---

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463669/18

**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**CPF:** 011.933.694-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/05/2018

**Titular do CPF:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

### JOSIRENE VIDERES PAMPLONA : 011.933.694-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436163/18

**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**CPF:** 011.933.694-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/05/2018

**Titular do CPF:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

### JOSIRENE VIDERES PAMPLONA : 011.933.694-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567468      **Cidade:** Cabedelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA      **Data do acidente:** 01/05/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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

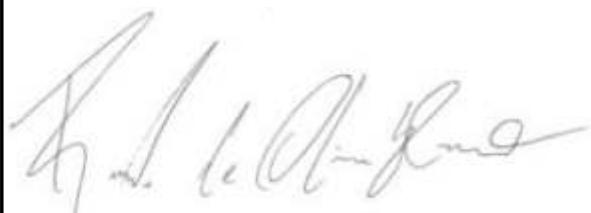
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567468      **Cidade:** Cabedelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIRENE VIDERES PAMPLONA      **Data do acidente:** 01/05/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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