
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



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



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: ☒ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.933.694-44 Nome completo da vítima: Josivene Videres Pomplona

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

Nome completo: Josivene Videres Pomplona CPF: 011.933.694-44
Profissão: Recusado-se Endereço: Rua Braz Cortizini Número: 84 Complemento: _____
Bairro: Beato e Silva Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58081-190
E-mail: ccf.dias@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 Federal
Operação: 001
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 21005 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

Josivene Videres Pomplona

(*) Assinatura de quem assina a Declaração

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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: ☒ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.933.694-44 Nome completo da vítima: Josivene Videres Pomplona

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

Nome completo: Josivene Videres Pomplona CPF: 011.933.694-44

Profissão: Recusado-se Endereço: Rua Braz Cortizini Número: 84 Complemento: _____

Bairro: Beato e Silva Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58081-190

E-mail: ccf.dads@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

Operação: 001

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 21005 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

Nome: _____

CPF: _____

Josivene Videres Pomplona

(*) Assinatura de quem assina A PEDIDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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



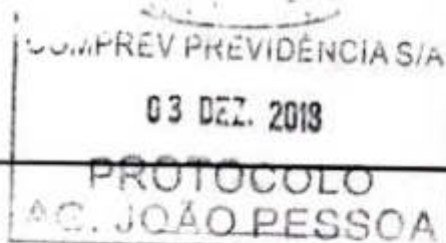
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 SDDS/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:** PARDA **DIA DO OCORRIDO:** 01/05/2018 **LOCAL DO FATO:** RUA PARALELA A BR 230, JOÃO PESSOA-PB



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 155.265-1

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



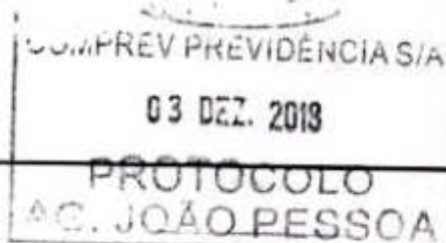
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 SDDS/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:** PARDA **DIA DO OCORRIDO:** 01/05/2018 **LOCAL DO FATO:** RUA PARALELA A BR 230, JOÃO PESSOA-PB



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 155.265-1

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018



Josirene Videres Pamplona

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.933.694-44 Nome completo da vítima: Josevane Videres Pomplona

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

Nome completo: Josevane Videres Pomplona CPF: 011.933.694-44
Profissão: Recusado-se Endereço: Rua Braz Cortizini Número: 84 Complemento: _____
Bairro: Costa e Silva Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58081-190
E-mail: ccf.dms@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
Operação: 001
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 21005 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB, 30 de Novembro de 2018
Nome: _____
CPF: _____
Josevane Videres Pomplona
(*) Assinatura de quem assina a FOLHA

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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: ☒ DMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.933.694-44 Nome completo da vítima: Josivene Videres Pomplona

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

Nome completo: Josivene Videres Pomplona CPF: 011.933.694-44

Profissão: Recusado-se Endereço: Rua Braz Cortizini Número: 84 Complemento: _____

Bairro: Beato e Silva Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58081-190

E-mail: ccf.dms@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
Operação: 001
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 21005 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

Josivene Videres Pomplona

(*) Assinatura de quem assina a FOLHA

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

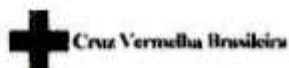
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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



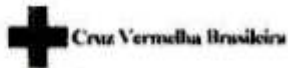
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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 | Raça Prontuário | | |
| Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA | | | Pai JOSE MARTINS PAMPLONA | | | |
| Escolaridade | | | Responsável (Parentesco) LILIANE DE JESUS SILVA - AMGA | | | |
| DDD Móvel 83 | | Fone Móvel 988265441 | DDD Fixo | Fone Fixo | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | | Número documento 2659926 | Nº Cns | | | |
| Local de procedência BR 230 | | | Tipo BAIRRO | UF PB | | |
| Email | | Naturalidade | CBOR | | | |
| 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 SUS | | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | | Clínica | | | |
| Classificação de risco | | | Origem do paciente RUA | | | |
| Caráter de atendimento | | | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS | | | |
| Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA | | | Data 03 DEZ. 2013 | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | | Piqr de saúde Não | Veto de ambulância Não | Trauma Não | | |
| Meio de transporte SAMU | | | Quem transportou | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA X mmHg | | Pulso | Temperatura | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos <i>Exame físico: sem alterações. Sinais vitais dentro da normalidade.</i> | | | | | | |
| Diagnóstico Lesão por queda de bicicleta | | | | | | |
| Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA | | | | | | |
| Tempo 01min 17seg | | | | | | |



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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 988265441 | DDD Fixo | Fone Fixo | | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2659926 | Nº Cns | | | | |
| Local de procedência BR 230 | Tipo BARRO | | UF PB | | | |
| E-mail | Naturalidade | CBOR | | | | |
| 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 SUS | | | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica | Ongemdo paciente RUA | | | | |
| Classificação de risco | Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA | Detalhe do acidente QUEDA/OUTROS | | | | |
| Caráter de atendimento | 03 DEZ. 2013 | | | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Velo de ambulância Não | Trauma Não | | | |
| Modo de transporte SAMU | Quem transportou | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA X mmHg | Pulso | Temperatura | | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |
| <p>1285273 / 01/05/2018 15:49:58</p> <p>1285273 / 01/05/2018 15:49:58</p> <p>1285273 / 01/05/2018 15:49:58</p> | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | CID |
| Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA | | | | | | Tempo 01min 17seg |

Unimed



João Pessoa

FAC

9912281356-DR/PB

UNIMED - JP
02/05/2018

Correios



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



32 11220104 01378 00000008430 30 020518

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Unimed



João Pessoa

FAC

9912281356-DR/PB

UNIMED - JP
02/05/2018

Correios



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



32 11220104 01378 00000008430 30 020518

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE Postagem 08/05/2018

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



00024213



7211301021047374800767665830080518

SECRETARIA DE PREVIDENCIA S/A

03-DEZ. 2013

PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

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 Souza Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josirome Vitorino Pomplona inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel / Domo da Vítima Josirome Vitorino Pomplona 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 Lotomas</u> | | Número <u>172</u> | Complemento |
| Bairro <u>Antares</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58013-430</u> |
| Email <u>ccf.advs@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

Adailson Luiz de Souza Coutinho Neto

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
03 DEZ. 2013
SUSPREV PREVIDÊNCIA
CIRCULAR 445/12

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 Souza Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josirame Vitorino Pomplona inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.933.694 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel / Domo da Vítima Josirame Vitorino Pomplona 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 Lotomas</u> | | Número <u>172</u> | Complemento |
| Bairro <u>Antares</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58013-430</u> |
| Email <u>ccf.advs@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

Adailson Luiz de Souza Coutinho Neto

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
03 DEZ. 2013
SUSPREV PREVIDÊNCIA
CIRCULAR 445/12



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 | 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 E 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 corto-contuso em região frontal, TC sem sinais de fraturas, realizado sutura do ferimento. Refere dor em ombro direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
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

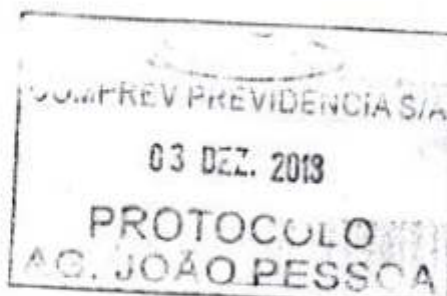
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

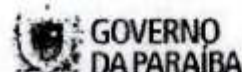
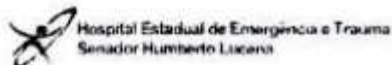
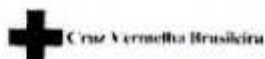
Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|--|--|--|--|
| Paciente JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | 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 | CNS |
| Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA | | | Telefone de Contato (83) 988265441 |
| Endereço MARIA DE LIRA CHAVES, 44 | Bairro FUNCIONÁRIOS | Município JOAO PESSOA | Prontuário |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE BICICLETA | Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO | UF PB |
| Data/Hora Classificação 01/05/2018 15:49:58 | | Nº Cons. Regional 0678/PB | |
| | | Data/Hora Prescrição 01/05/2018 19:54:16 | |
| Anamnese TCE LEVE POR ACIDENTE ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS TCC - NDN CD: ALTA DA NCG AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA | | | |
| Conduta Em observação | | | |

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(CRM: 6074/PB)



ÁREA VERMELHA

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

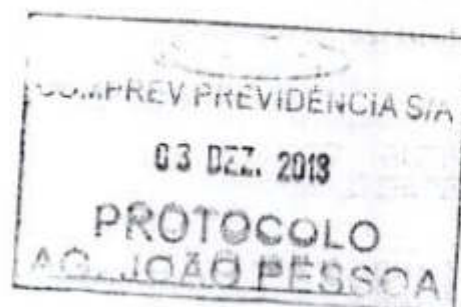
Tel:

CNES: 6121221

| Paciente JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | | 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 | CNC | Telefone de Contato (83) 988265441 | | | | |
| Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA | | | | Prontuário | | | | |
| Endereço MARIA DE LIRA CHAVES, 44 | | Bairro FUNCIONARIOS | Município JOAO PESSOA | UF PB | | | | |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE BICICLETA | Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES | 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 CICLISTICO, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA, APRESENTANDO FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CREPITAÇÃO NOS OSSOS DA FACE, TOMOGRAFICA COMPUTADORIZADA SEM IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA. HD: FCC EM FACE CD: REALIZO SUTURA + ALTA BMF + SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA. | | | | | | | | |
| CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S00.9</td> <td>Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Código | Descrição | S00.9 | Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada |
| Código | Descrição | | | | | | | |
| S00.9 | Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada | | | | | | | |
| Conduta Em observação | | | | | | | | |

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

 Autran da Nobrega Alves
 Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL

 AUTRAN DA NOBREGA ALVES
 (4672)




Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/2018 17:26

Usuário: BRUNO DE LUNA

Sistema 1079286



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Aprazamento |
|-----------------------|-------|------|-------------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1 CETOPIROFENO 100 MG | 100.0 | MG | | E.V. | | AGORA | 1 - 3 |

01 de Maio de 2018

BRUNO DE LUNA ROMA
CRM: 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 18:43

Usuário: EVERTON

Boleto: 1079286



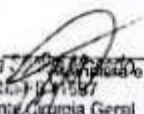
PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---------|------------|-------|-----------|-------|----------|----|---------|---------------|--|-----------------|---------------------|
| Nome | JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | Data de | 28/12/1982 | Idade | 35a 4m 3d | Sexo | FEMININO | Nº | 1079286 | Nº Prontuário | | Data Prescrição | 01/05/2018 18:43:17 |
| Motivo do Atendimento | Enfermeira / Leito | | | | | | | | | | | | |
| Consenso | Validade da Prescrição | | | | | | | | | | | | |
| SUS | 01/05/2018 18:43:00 - 02/05/2018 18:43:00 | | | | | | | | | | | | |
| Matrícula | | | | | | Senha | | | | | | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Agrazamento |
|--|------|------|-------------------|--------|-------------|-----|-------------|
| 1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROQUIRURGIA | 00 | | | | | | |

01 de Maio de 2018

EVERTON SILVEIRA MACEDO
CRM: 11537

Everson 
CRM: 11537
Residência: Geografia Geral





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

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.

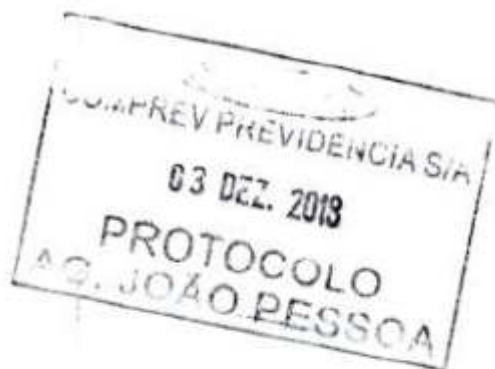
Não há calcificações patológicas.

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 20:55.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



**Roseanne
Dore Soares**
Laboratórios

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

| | |
|-------------|-------|
| HEMÁCIAS | 4,170 |
| | |
| HEMOGLOBINA | 11,9 |
| | |
| | |

VALORES DE REFERENCIA

| | |
|-------------|-------------------------|
| 4.0 - 5.2 | milhões/mm ³ |
| 12.0 - 16.0 | g/dL |
| 3.5 - 4.5 | g |

| | | | | |
|---------------------|---------|------|---------------------|------|
| 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 | % |
| LEUCOGRAMA | | | | |
| LEUCÓCITOS | 6800 | | 4.200 - 11.000 | /mm3 |
| NEUTRÓFILOS | 68,8 | | 40 - 70 1800 7700 | /mm3 |
| BASTONETES | 0,0 | 0 | 0 - 5 0 - 550 | /mm3 |
| SEGMENTADOS | 68,8 | 4678 | 40 - 65 1800 - 7150 | /mm3 |
| EOSINÓFILOS | 1,5 | 102 | 0 - 5 0 - 550 | /mm3 |
| BASÓFILOS | 0,0 | 0 | 0 - 1 0 - 110 | /mm3 |
| LINFÓCITOS TÍPICOS | 21,2 | 1442 | 20 - 40 840 - 4400 | /mm3 |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS | 0,0 | 0 | 0 - 2 0 - 220 | /mm3 |
| MONÓCITOS | 8,0 | 544 | 2 - 10 84 - 580 | /mm3 |
| PLAQUETAS | 219,000 | | 150 A 450 mil/mm3 | /mm3 |

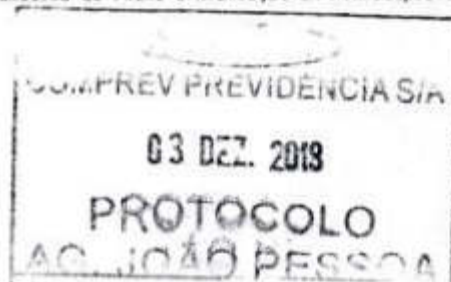
COMENTARIOS

SERIE VERMELHA: Normocrômica, Normocítica
 SERIE PLAQUETARIA: Aparentemente normal ao exame do esfregaço
 SERIE BRANCA: Leucócitos morfológicamente conservados

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

Material: EDTA (T.Roxa)

Coleta: 03/03/2018



DR. EDUARDO DORE SOARES CRM-PB 6181

Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emite o relatório com o histórico natural e o quadro clínico do paciente.

Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDC/ANVISA nº 2.201/2011.

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



**Roseanne
Dore Soares**
Laboratórios

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

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Tempo de sangramento | 1'40'' |
| Tempo de Coagulação | 4'20'' |
| Tempo de Referência do plasma normal | 13.2 |
| Tempo de Protrombina Ativada | ... |

Valores de Referência:

| | |
|--------|----------|
| Até 5 | minutos |
| Até 12 | minutos |
| 13.2 | Segundos |

| | | | |
|---------------------------------|------|-------------|----------|
| Atividade de Protrombina | 89.3 | 70 a 100 | g |
| 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 cirurgado 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 válvulas cardíacas mecânicas:
 INR: 3.0 - 4.5

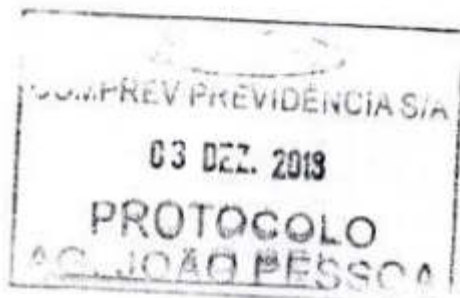
EQUIPAMENTO: DESTINY PLUS - AUTOMATIZADO

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

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

GLICOSE 86 Valores de Referência: mg/dL
 Até 99
 *Gestante: Até 92
 Resultados Anteriores: 17/04/18 (67)15/03/17 (78)01/08/17 (86)08/02/17 (75)20/07/16 (83)

Método: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO
 Material: SORO (T.Vermelha)
 Coleta: 03/05/2018



(Handwritten signature)

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 Nº2.200/2001.
 Para consultá-la acesse: <http://www.roseannedore.com.br> com login e senha.



CLINOR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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 - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2 via - Orientação ao Paciente

Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 5050-TEOT 6533

Carimbo e Assinatura do Médico

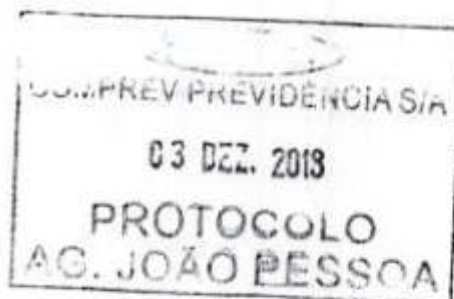
Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

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. Walfredo Macedo Brondão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a). JOSIRENE VIDERES PAMPLONA, portador de RG 2659926 - SSPB 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. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB SUPLENTE Nº 1

J. PESSOA, 02/06/2018

HEUDER ROMERO L. NOBREGA
Médico ortopedista - CRM - 5050

Autorização

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

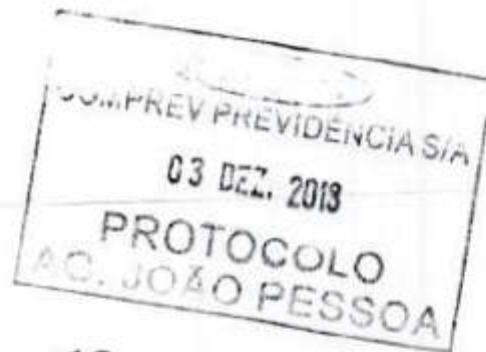
RECEITUÁRIO

Para: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

USO ORAL

DEXILANT 60 01 CX

TOMAR 01 COMP ANTES DO CAFE
DA MANHÃ,, 30 DIAS



Dr. Mário Toscano Uchoa
Especialista em Clínica Médica
CRM - 1587

10/05/2018

EXAME CLÍNICO CARDIOLÓGICO PRÉ-OPERATÓRIO
(RISCO CIRÚRGICO)

NOME: Josineide Vinícius Pontes Data: 02/05/18
 CIRURGIA PROPOSTA: Cirurgia para correção de insuficiência cardíaca Sexo F Idade 35
 INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Assintomático ☒ Sintomático ☐ Eletiva ☒ Urgência ☐
 Dor Precordial: Típica ☐ Atípica ☐ Cefaléia ☐ Palpitação ☐ Dispnéia ☐ Tosse ☐
 OUTROS SINTOMAS: _____ Desmaios ☐ Tonturas ☐
 ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS: Hipertensão Arterial: Leve/Moderada ☐ Severa ☐ D. Chagas ☐
 Asma Brônquica ☐ Tabagismo ☐ DM ☐ Febre Reumática ☐ Coronariopatia Familiar ☐
 MEDICAÇÃO EM USO ATUAL: 0

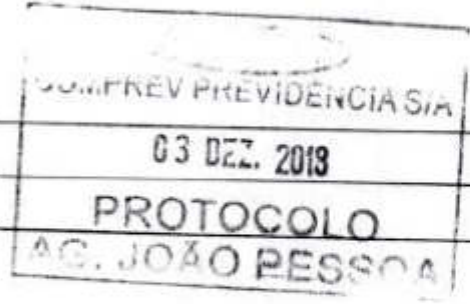
EXAME FÍSICO APARELHO CARDIOVASCULAR: Normal ☒ Anormal ☐ Cianose ☐
 Turgor Jugular 45° B-3 B-4 "Click" _____ Sopros _____ Abdome _____
 TA 120 x 70 mmHg. Estado Nutricional: Normal ☒ Desnutrido ☐ Obeso ☐
 RC _____ FC 80 bpm ACV R2 e 2T 3VA S1
 Edema de MMII 0 AR: ruído e aut. APCA
 ELETROCARDIOGRAMA: Ritmo regular, eixo normal, sem alterações
 OUTROS EXAMES: h. fg 57-7

CONCLUSÕES: (Critério de Goldman & Cols.) ASA-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 transoperatória, devendo a cirurgia ser evitada, ou protelada, na medida possível | 22% | 56% |

Observações: _____



CARDIOLOGISTA - CREMEPE

FIK - CARDIOLOGIA

ECG de Repouso

Exame: 2848

Nome: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

FC 83 bpm

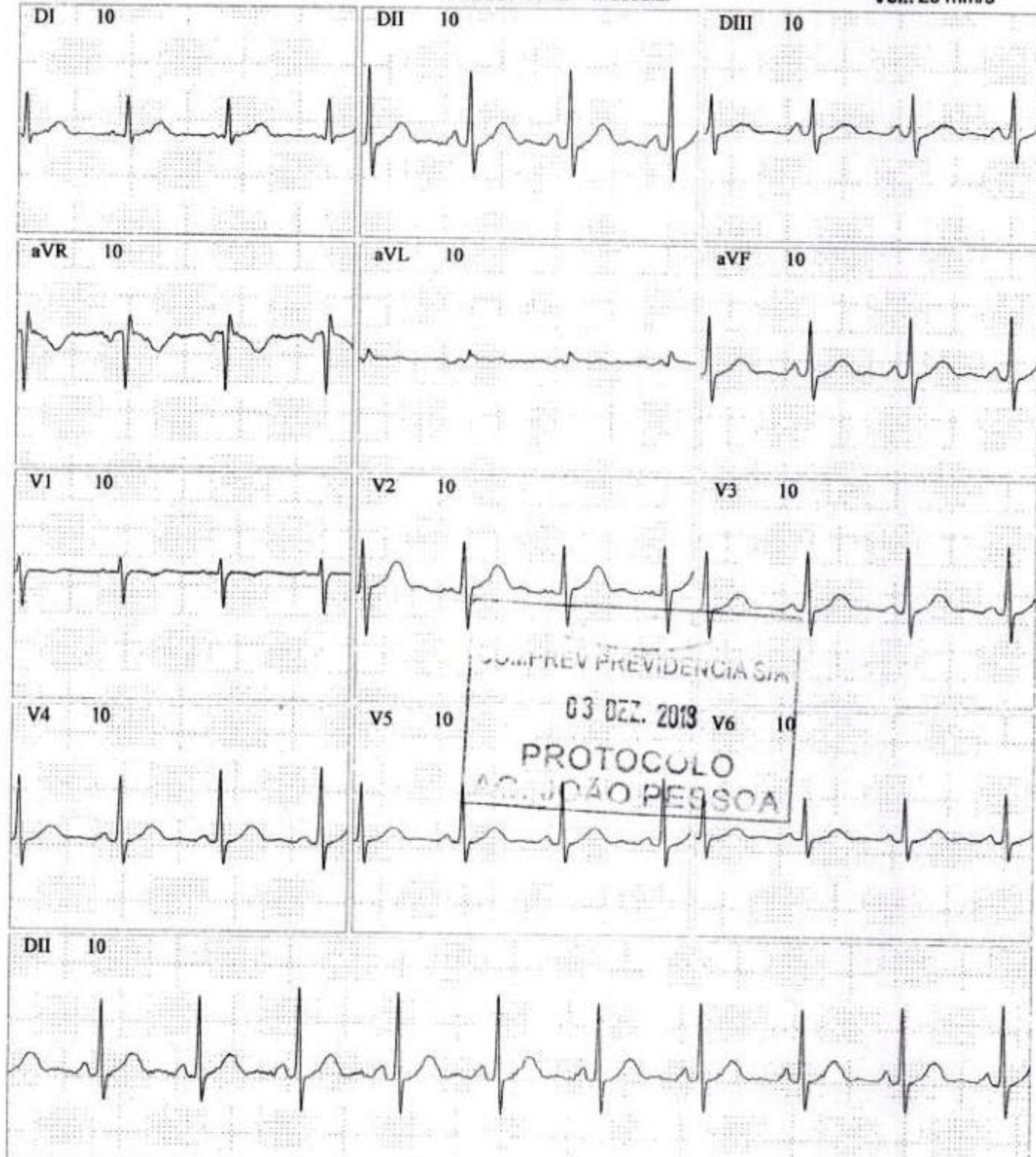
Reg.Clin.:

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 02/05/2018 - 13:56

Nasc.: 28/12/1982

Vel.: 25 mm/s



ECG: 2 tra sup, gely, cix-a, cor, de a, f, e
 no ST-T. fa de a, f, e, de a, f, e
 Data do Póder de N. s. de



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Idade 35

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG ----- 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS



Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
Av. 20 5050-100 501

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Idade 35

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG ----- 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
Av. 20 5050-100 501

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:24:09

Sexo: Feminino

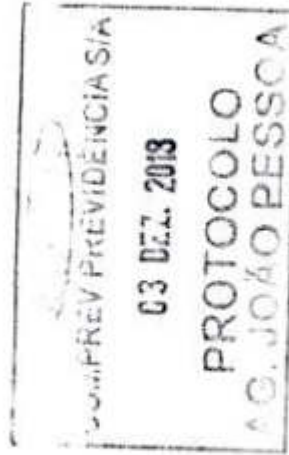
CPF: Não Informado

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES 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



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 | 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 E 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 corto-contuso em região frontal, TC sem sinais de fraturas, realizado sutura do ferimento. Refere dor em ombro direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
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

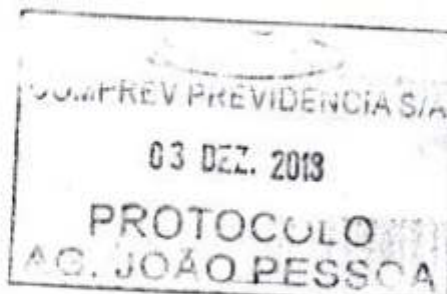
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

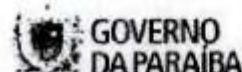
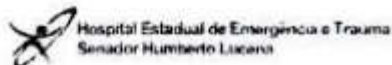
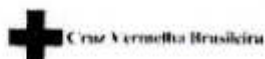
Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|--|--|--|--|
| Paciente JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | 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 | CNS |
| Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA | | | Telefone de Contato (83) 988265441 |
| Endereço MARIA DE LIRA CHAVES, 44 | Bairro FUNCIONÁRIOS | Município JOAO PESSOA | Prontuário |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE BICICLETA | Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO | UF PB |
| Data/Hora Classificação 01/05/2018 15:49:58 | | Nº Cons. Regional 0678/PB | |
| | | Data/Hora Prescrição 01/05/2018 19:54:16 | |
| Anamnese TCE LEVE POR ACIDENTE ECG 15, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCAIS TCC - NDN CD: ALTA DA NCG AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA | | | |
| Conduta Em observação | | | |

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(CRM: 6072/PB)



AREA VERMELHA

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

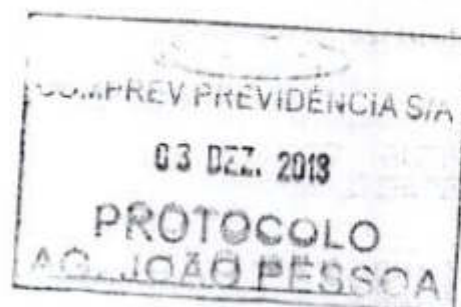
Tel:

CNES: 6121221

| Paciente JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | | 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 | CNC | Telefone de Contato (83) 988265441 | | | | |
| Mãe IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA | | | | Prontuário | | | | |
| Endereço MARIA DE LIRA CHAVES, 44 | | Bairro FUNCIONARIOS | Município JOAO PESSOA | UF PB | | | | |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE BICICLETA | Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES | 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 CICLISTICO, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA, APRESENTANDO FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CREPITAÇÃO NOS OSSOS DA FACE, TOMOGRAFICA COMPUTADORIZADA SEM IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA. HD: FCC EM FACE CD: REALIZO SUTURA + ALTA BMF + SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA. | | | | | | | | |
| CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S00.9</td> <td>Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Código | Descrição | S00.9 | Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada |
| Código | Descrição | | | | | | | |
| S00.9 | Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada | | | | | | | |
| Conduta Em observação | | | | | | | | |

JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

 Autran da Nobrega Alves
 Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL

 AUTRAN DA NOBREGA ALVES
 (4672)




Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/2018 17:26

Usuário: BRUNO DE LUNA

Sistema 1079286



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Agrazamento |
|-----------------------|-------|------|-------------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1 CETOPIROFENO 100 MG | 100.0 | MG | | E.V. | | AGORA | 1-3 |

01 de Maio de 2018

BRUNO DE LUNA ROMA
CRM: 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha
Brasil

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 01/05/18 18:43

Usuário: EVERTON

Boleto: 1079286



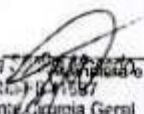
PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---------|------------|-------|-----------|------|----------|----|---------|---------------|--|-----------------|---------------------|
| Nome | JOSIRENE VIDERES PAMPLONA | Data de | 28/12/1982 | Idade | 35a 4m 3d | Sexo | FEMININO | Nº | 1079286 | Nº Prontuário | | Data Prescrição | 01/05/2018 18:43:17 |
| Motivo do Atendimento | Enfermeira / Leito | | | | | | | | | | | | |
| Validade da Prescrição | 01/05/2018 18:43:00 - 02/05/2018 18:43:00 | | | | | | | | | | | | |
| Consentimento | SUS | | | | | | | | | | | | |
| Matrícula | Senha | | | | | | | | | | | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Agrazamento |
|---|------|------|-------------------|--------|-------------|-----|-------------|
| 1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA | 00 | | | | | | |

01 de Maio de 2018

EVERTON SILVEIRA MACEDO
CRM: 11537

Everson 
CRM: 11537
Residência: Geografia Geral





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

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.

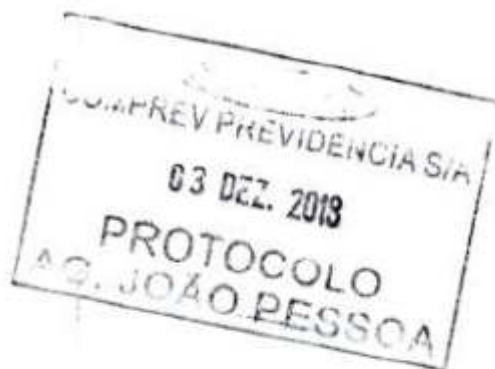
Não há calcificações patológicas.

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 20:55.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



**Roseanne
Dore Soares**
Laboratórios

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

| | |
|-------------|-------|
| HEMÁCIAS | 4,170 |
| | |
| HEMOGLOBINA | 11,9 |
| | |
| | |

VALORES DE REFERENCIA

| | |
|-------------|-------------------------|
| 4.0 - 5.2 | milhões/mm ³ |
| 12.0 - 16.0 | g/dL |
| 3.5 - 4.5 | g |

| | | | | |
|---------------------|---------|------|---------------------|------|
| 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 | % |
| LEUCOGRAMA | | | | |
| LEUCÓCITOS | 6800 | | 4.200 - 11.000 | /mm3 |
| NEUTRÓFILOS | 68,8 | | 40 - 70 1800 7700 | /mm3 |
| BASTONETES | 0,0 | 0 | 0 - 5 0 - 550 | /mm3 |
| SEGMENTADOS | 68,8 | 4678 | 40 - 65 1800 - 7150 | /mm3 |
| EOSINÓFILOS | 1,5 | 102 | 0 - 5 0 - 550 | /mm3 |
| BASÓFILOS | 0,0 | 0 | 0 - 1 0 - 110 | /mm3 |
| LINFÓCITOS TÍPICOS | 21,2 | 1442 | 20 - 40 840 - 4400 | /mm3 |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS | 0,0 | 0 | 0 - 2 0 - 220 | /mm3 |
| MONÓCITOS | 8,0 | 544 | 2 - 10 84 - 580 | /mm3 |
| PLAQUETAS | 219,000 | | 150 A 450 mil/mm3 | /mm3 |

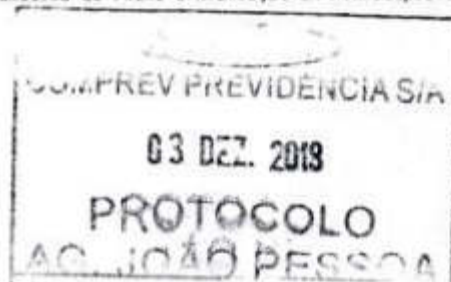
COMENTARIOS

SERIE VERMELHA: Normocrômica, Normocítica
 SERIE PLAQUETARIA: Aparentemente normal ao exame do esfregaço
 SERIE BRANCA: Leucócitos morfológicamente conservados

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

Material: EDTA (T.Roxa)

Coleta: 03/03/2018



DR. EDUARDO DORE SOARES CRM-PB 6181

Os resultados dos exames não devem ser analisados isoladamente. Somente o médico emite o relatório com o histórico natural e o quadro clínico do paciente.

Este documento dispõe de uma versão certificada digitalmente conforme a RDC/2015/PM Nº2, 2012/2011.

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



**Roseanne
Dore Soares**
Laboratórios

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

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Tempo de sangramento | 1'40'' |
| Tempo de Coagulação | 4'20'' |
| Tempo de Referência do plasma normal | 13.2 |
| Tempo de Protrombina Ativada | ... |

Valores de Referência:

| | |
|--------|----------|
| Até 5 | minutos |
| Até 12 | minutos |
| 13.2 | Segundos |

| | | | |
|---------------------------------|------|-------------|----------|
| Atividade de Protrombina | 89.3 | 70 a 100 | g |
| 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 cirurgado 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 válvulas cardíacas mecânicas:
 INR: 3.0 - 4.5

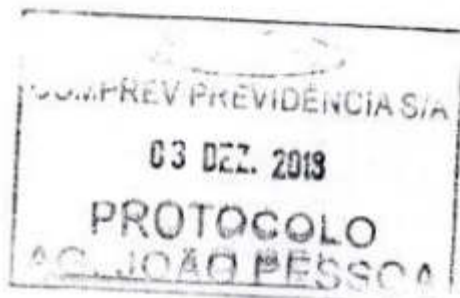
EQUIPAMENTO: DESTINY PLUS - AUTOMATIZADO

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

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

GLICOSE 86 Valores de Referência: mg/dL
 Até 99
 *Gestante: Até 92
 Resultados Anteriores: 17/04/18 (67)15/03/17 (78)01/08/17 (86)08/02/17 (75)20/07/16 (83)

Método: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO
 Material: SORO (T.Vermelha)
 Coleta: 03/05/2018



(Handwritten signature)

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 Nº2.200/2001.
 Para consultá-la acesse: <http://www.roseannedore.com.br> com login e senha.



CLINOR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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 - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2 via - Orientação ao Paciente

Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 5050-TEOT 6533

Carimbo e Assinatura do Médico

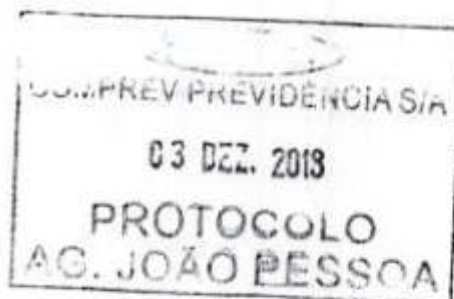
Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

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. Walfredo Macedo Brondão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



Dr. Mário Toscano Uchoa
CRM - 1587
Especialista em Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva
Clínica Médica

ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a). JOSIRENE VIDERES PAMPLONA, portador de RG 2659926 - SSPB 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. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB SUPLENTE Nº 1

J. PESSOA, 02/06/2018

HEUDER ROMERO L. NOBREGA
Médico ortopedista - CRM - 5050

Autorização

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

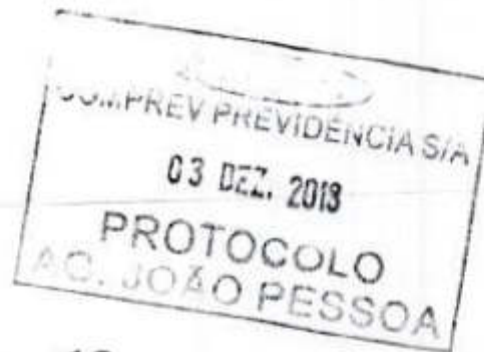
RECEITUÁRIO

Para: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

USO ORAL

DEXILANT 60 01 CX

TOMAR 01 COMP ANTES DO CAFE
DA MANHÃ,, 30 DIAS



Dr. Mário Toscano Uchoa
CRM - 1587
Especialista em Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva
Clínica Médica

10/05/2018

EXAME CLÍNICO CARDIOLÓGICO PRÉ-OPERATÓRIO
(RISCO CIRÚRGICO)

NOME: Josineide Vinícius Pontes Data: 02/05/18
 CIRURGIA PROPOSTA: Cirurgia para correção de insuficiência cardíaca Sexo F Idade 35
 INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Assintomático ☒ Sintomático ☐ Eletiva ☒ Urgência ☐
 Dor Precordial: Típica ☐ Atípica ☐ Cefaléia ☐ Palpitação ☐ Dispnéia ☐ 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

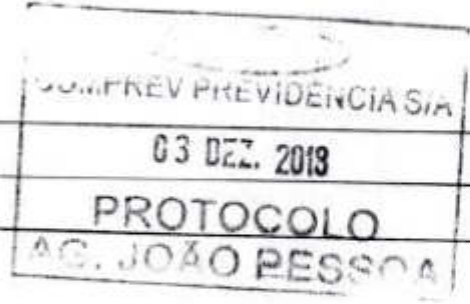
EXAME FÍSICO APARELHO CARDIOVASCULAR: Normal ☒ Anormal ☐ Cianose ☐
 Turgor Jugular 45° B-3 B-4 "Click" _____ Sopros _____ Abdome _____
 TA 120 x 70 mmHg. Estado Nutricional: Normal ☒ Desnutrido ☐ Obeso ☐
 RC _____ FC 80 bpm ACV R2 e 2T 3VA S1
 Edema de MMII 0 AR: ruído e aut. A2A
 ELETROCARDIOGRAMA: Ritmo regular, eixo normal, sem alterações
 OUTROS EXAMES: h. fg 57-7

CONCLUSÕES: (Critério de Goldman & Cols.) ASA-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 transoperatória, devendo a cirurgia ser evitada, ou protelada, na medida possível | 22% | 56% |

Observações: _____



CARDIOLOGISTA - CREMEPE

FIK - CARDIOLOGIA

ECG de Repouso

Exame: 2848

Nome: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

FC 83 bpm

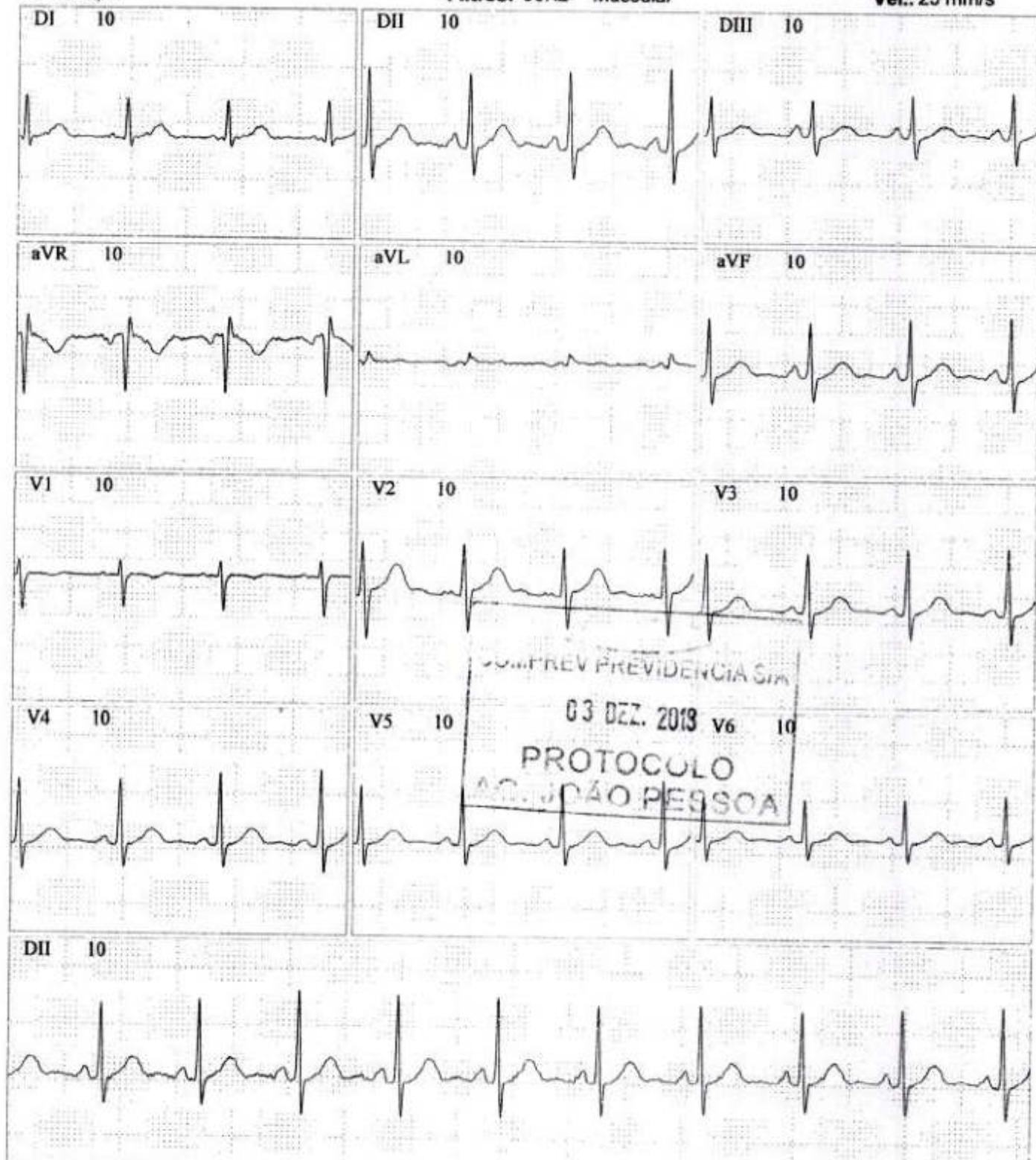
Reg.Clin.:

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 02/05/2018 - 13:56

Nasc.: 28/12/1982

Vel.: 25 mm/s



ECG: 2 tra sup, gely, cix-a, cor, de a, f, e
 no ST-T. fa de a, f, e, de a, f, e
 Data do Póder de N. s. de



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

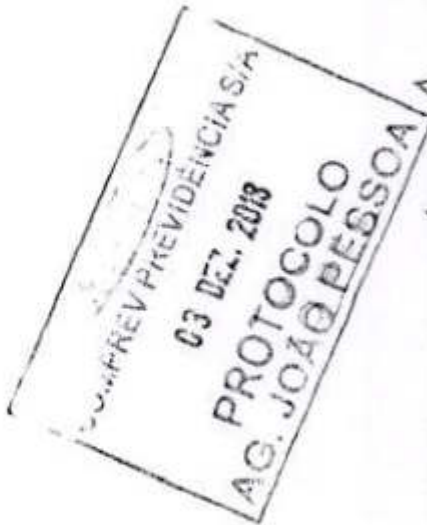
Idade 35

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG ----- 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS



Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
Av. 20 5050-1007 5051

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Idade 35

Data: 01/05/2018 21:22:33 Sexo Feminino CPF: Não Informado BAE: 1079286

USO ORAL

FLANCOX 500 MG ----- 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
Av. 20 5050-1007 5051

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

Data: 01/05/2018 21:24:09

Sexo: Feminino

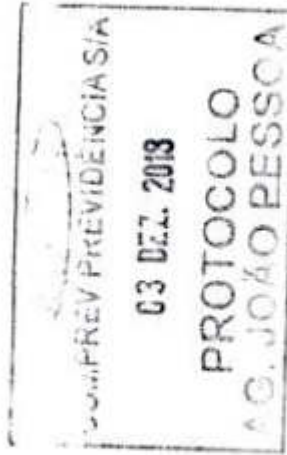
CPF: Não Informado

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOSIRENE VIDERES 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SACERDANIA DA MIGRANCIA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE RECONCILIACAO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02
P-005



Josirene Videres Pamplona

ACERVO DA IDENTIFICACAO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

17/12/2014

DATA DE EXPIRACAO

2.659.926 -2 VIA

REGISTRO GERAL

NOME JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

RELIGIAO JOSÉ MARTINS PAMPLONA

IRENE DE SOUSA VIDERES PAMPLONA

DATA DE NASCIMENTO 28/12/1982

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 28506 FLS. 121 LIV. A-26

CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA-PB

011.933.694-44

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.969/94)



ASSINATURA DO PROFISSIONAL
Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

GAB

REGISTRAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

22742

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

NO
3.148.927 - SSP/PB

DATA DE ANOTAÇÃO E TÍTULO
01 07/05/2018

007.854.384-89

EXPEDIENTE DE

NÃO

PAULO ANTONIO MARX E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E CARTÓRIO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005



Josirene Videres Pamplona

ACERTAMENTO DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

17/12/2014

REGISTRO
GERAL

2.659.926 -2 VIA

NOME JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

RELIGIÃO JOSÉ MARTINS PAMPLONA

IRENÉ DE SOUSA VIDERES PAMPLONA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 28506 FLS. 121 LIV. A-26

CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA-PB

011.933.694-44

DATA DE NASCIMENTO

28/12/1982

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.969/94)



ASSINATURA DO PROFISSIONAL
Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

GAB

REGISTRAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

22742

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

RG
3.148.927 - SSP/PB

DATA DE EXERCÍCIO
07/05/2018

PROF. AUTÔNOMO

PRÉV. PREVIDÊNCIA SIA

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. 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:

Fernanda C. G. Fonseca

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 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josirene Videres Pamplona
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Recepcionista Nº DO RG: 2.659.926
ORGÃO EMISSOR: SSDS-23 DATA DE EMISSÃO: 17/12/14
Nº DO CPF: 011.933.694-44 ENDEREÇO: Rua Braz Corti-
zmi, n.º 84, Bairro Costa e Silva, João Pessoa - PB, CEP 58081-190

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, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

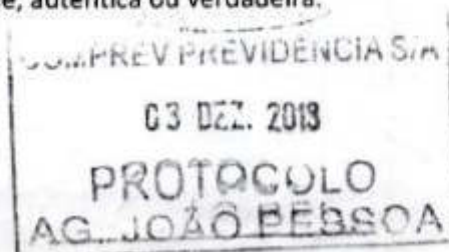
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Josirene Videres Pamplona, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido 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 Pessoa - PB 06 de Agosto de 2018

Josirene Videres Pamplona

Outorgante

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josirene Videres Pamplona
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Recepcionista Nº DO RG: 2.659.926
ORGÃO EMISSOR: SSDS-23 DATA DE EMISSÃO: 17/12/14
Nº DO CPF: 011.933.694-44 ENDEREÇO: Rua Braz Corti-
zmi, n.º 84, Bairro Costa e Silva, João Pessoa - PB, CEP 58081-190

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, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

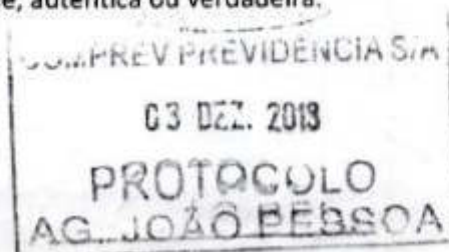
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Josirene Videres Pamplona, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido 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 Pessoa - PB 06 de Agosto de 2018

Josirene Videres 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

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: JOSIRENE VIDERES
PAMPLONA

CPF de: Próprio

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 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: 07/01/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463669/18

Vítima: JOSIRENE VIDERES PAMPLONA

CPF: 011.933.694-44

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: JOSIRENE VIDERES
PAMPLONA

CPF de: Próprio

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 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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: JOSIRENE VIDERES
PAMPLONA

CPF de: Próprio

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 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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 |