

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10436122

A/C: FRANCISCO GONCALVES BRAGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170061072 ASL-0039661/17
Vitima: FRANCISCO GONCALVES BRAGA
Data Acidente: 24/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10441931

A/C: FRANCISCO GONCALVES BRAGA

Sinistro: 3170061072 ASL-0039661/17
Vítima: FRANCISCO GONCALVES BRAGA
Data Acidente: 24/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10490881

A/C: FRANCISCO GONCALVES BRAGA

Sinistro: 3170061072 ASL-0039661/17
Vitima: FRANCISCO GONCALVES BRAGA
Data Acidente: 24/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Gonçalves Braga
PORTADOR(A) DO RG Nº 642095 EXPEDIDO POR SSP PB EM 30/10/1999 E
CPF 191168454-04 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO aqueleiro
E RENDA MENSAL DE R\$ menor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0099-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32529-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 *T1%*



Capangas PB 19 de setembro de 2016
LOCAL E DATA

Francisco Gonçalves Braga
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

WAMOR DO BRASIL S.A.
05/02/2015 - ATENDIMENTO 15.10.25
000077408 00005
EXAMINIO DE PROPANCA PARA SIMPLES CONFERENCEIA
PROPANCA DIURU

RENDIMENTOS:
SELIC Igual/menor que 0,5% A.A. TR+70% do SELIC
SELIC maior que 0,5% A.A. TR+0,5% A.A.

AGENCIA: 0000-X CONTA: 30.501.0 VAR: 01
CLIENTE: FRANCISCO GONCALVES BRAGA

DATA DI.05 HISTORICO 000000

----- Janeiro/2015 -----
0000 Saida ant. 0.00

DATA DA LANÇAMENTOS NO PERIODO

S A L D O 0.00
VAL: DEBITADO 0.000
DISPONIVEL 0.00

SALDOS POR DIA BASE

0000 0000
Central de atendimento BA
0000 0000 / 0000 720 0000
Para deficientes auditivos
0000 720 0000.

Após a 01/07/2012, atentar para as variações
da propanca, em movimento-la.

Leia no verso como receber este documento,
entre outras informações.

Marcos Aurelio Vidal
26 JAN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 670/2016/2ª DD

Natureza da ocorrência- SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 24.07.2016 HORÁRIO: 06h00 - aproximadamente
Data de notícia do fato a Depol: 01.09.2016
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: FRANCISCO GONÇALVES BRAGA, brasileiro(a), casado(a), agricultor(a), natural de Cajazeiras-PB, nascido(a) em 25.08.1957, filho(a) de José Gonçalves Braga e Maria Lucia Bezerra, residente no Sítio Almas, zona Rural de Cajazeiras - PB, RG 642078 SSP/PB, CPF 191.168.454-04.

VÍTIMA: O PROPRIA DECLARANTE.

DOCUMENTO 1 "T1%"



HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data de **24.07.2016, por volta das 06h00**, aproximadamente, o declarante afirma que conduzia a motocicleta **HONDA CG 160 TITAN EX, ANO FAB/MOD 2016/2016, CHASSI 9C2KC2210GR041307, RENAVAL 0108254639-6, PLACA OX06573/PB, VERMELHA**, matriculada em nome de **RODRIGO CAROLINO BRAGA**, quando trafegava na rodovia BR 230, nas proximidades do Presídio Regional de Cajazeiras, quando inesperadamente um veículo, não sabendo identificar quem o conduzia, chocou-se com o declarante, momento em que veio a cair ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMUA, e conduzido ao Hospital Regional de Cajazeiras -HRC, onde foi prontamente atendido; QUE sofreu um fratura do arco zigomático, TCE leve e escoriações pelo rosto. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT.

Cajazeiras-PB, 01 de setembro de 2016.

Francisco Gonçalves Braga
☐ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela Nascimento Dantas
Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-4

COLEGAR
DIREITO

Marcos-Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Gonçalves Braga,
portador da carteira de identidade nº 642078 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 193.168.454-04, residente e domiciliado no
(a) Sítio Almas - Zona Rural, Cidade
Capangas, Estado Pernambuco, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto
Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro
DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

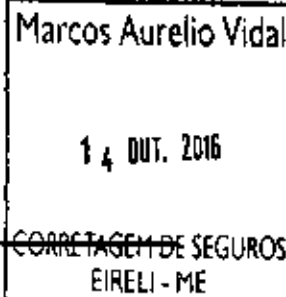
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia
não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia
ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Gonçalves Braga

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Capangas - PB 19/09/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE ADESSO DE ADESSO

Eu, _____, declaro que sou o titular da propriedade do imóvel situado no município de _____, estado de _____, inscrita no Cartório de Registro de Imóveis sob o nº _____, e que a mesma encontra-se livre de quaisquer ônus, sendo, portanto, apta para ser utilizada como garantia para a obtenção de crédito.

Declaro, ainda, que a presente declaração é verdadeira e que não há qualquer impedimento para a realização da operação de crédito.

Assinada e rubricada em _____, _____, _____, 20____.

Assinatura do titular da propriedade: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____

Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____

Assinatura do representante legal: _____

Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____
Assinatura do representante legal: _____

Assinatura do representante legal: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Gonçalves Braga,
portador da carteira de identidade nº 642038 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 191.168.454.04, residente e domiciliado no
(a) Sítio Almas - Zona Rural, Cidade
Catagoras, Estado Pernambuco, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto
Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro
DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Francisco Gonçalves Braga

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Catagoras PB 19/03/2016

Local e data

Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA 01 / USB

DATA 09.07.16	HORA	OCORRÊNCIA Nº 03	PACIENTE / USUÁRIO Francisco Braga	IDADE 58	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA BR 230			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:					
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU-SE À ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS:
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRC	RESPONSÁVEL: X	FUNÇÃO: Marcos Aurelio Vidal
MOTIVO DE TRANSPORTE		14 OUT. 2016
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES		
☐ OUTRO:		

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO: CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME
--------	--------------	---

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

1 tramal, 1 seringa 3ml, 1 S.F. 100ml, 2 S.R.L., 1 flax 16,
1 esguicho, 2 Kwik block, 1 talavera, 1 prancha + tirantes
ouros

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm/PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 140 x 100 FC: FR: 83 TEMP: °C - GLICEMIA mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 99 SoO2c/O2

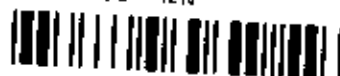
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação Verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Deambulação Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído
☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA	☐ Disreflexia Autônoma	☒ Dor Aguda	☐ Hipertermia	☐ Hipotermia	☒ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância a Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Padrão Respiratório Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz	☐ Termorregulação Ineficaz	☐ Troca de Gases Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
☐ Retenção Urinária	☐ Percepção Sensorial Perturbada	☐ Percepção Social Prejudicada	☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação
☐ Outros					

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x carro, impacto na traseira da moto, sem capote. Abusos 15, exposto no macaço, apresentando lesão externa com hemorragia aliada em região frontal lado D. Cheixando-se de dor em L5 a nível de articulação coxo-femoral. Foi imobilizado conforme protocolo, feito RUP Katana Móvel Quarte administrativo 1 tramal + S.F. 100ml EV, infusão de S.R.L. durante transporte. Removido ao HRC



☒ RESPIRACÃO PARCIAL	☒ SUPERFICIAL	☒ NORMAL	☒ CONSCIENTE	☒ OTORRAGIA
☒ OBSTRUÇÃO TOTAL	☒ IRREGULAR	☒ RÍTMICO	☒ ORIENTADO	☒ RINORRÉIA
☒ EUPNEIA	☒ MURMÚRIOS VESICULARES	☒ ARRITMICO	☒ DESORIENTADO	☒ OTORRÉIA
☒ DISPNEIA	☒ NORMAL	☒ AUSENTE	☒ AGITAÇÃO	☒ PUPILAS
☒ BRADIPNEIA	☒ DIMINUIDO	☒ PERFUSÃO	☒ SONOLÊNCIA	☒ MIOSE
☒ TAQUIPNEIA	☒ AUSENTE	☒ INORMAL	☒ TORPOR	☒ MIDRIASE
☒ APNEIA	☒ HIPERTIMPANISMO	☒ RETARDADA	☒ COMA	☒ FOTORREAGENTES
	☒ MACICEZ	☒ AUSENTE	☒ CONVULSÃO	☒ NÃO FOTORREAGENTES
			☒ RIGIDEZ	☒ ANISOCORIA
			☒ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	

E.C.G.

☒ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

TCE leve + fratura de quadril?

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESEFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

Paciente vítima de acidente com moto, estando como motorista da motocicleta sem capacete, encontrado na margem da rodovia, Glasgow 15. Tem ferimento laceração em fronte limpa, hal direita e periorbital direita, com sangramento ativo, e dor à palpação lateral de quadril esquerda. Realizado imobilização, inclusive de pelvis, ACP, analgesia e removido ao HRA.

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☒ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABEÇEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: Alice Silvana Gagliuffi Pereira

ENFERMEIRO(A): Katiana Macêdo Duarte

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.:

CONDUTOR: Geraldo

CRM: 8473/PB

COREN: 394938

COREN:

COREN:

Alice Silvana Gagliuffi Pereira
MÉDICA
CRM/RN 7178
CRM/PB 8473

Katiana Macêdo Duarte
Enfermeira

COREN-PB 394.931

MAT:

192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

CABEZAL
O FUTURO SE FAZ AQUI

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA 01 / USB

DATA 14.01.16	HORA	OCORRÊNCIA Nº 05	PACIENTE / USUÁRIO Francisco Gonçalves Braga	IDADE 35	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA BR 230			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ CPTIRAN ☐ STIRANS ☐ OUTRO:					
QTA. ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRC RESPONSÁVEL: X NM FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

1 Tramul, 1 seringa 3ml, 1 SF 100ml, 2 S.R.L., 1 guel 16
 1 esparço, 1 Red Check, 1 talco verde, 1 prancha + tirantes
 Cruzes

DADOS VITAIS

VVA ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☒ 30irpm/PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 100 FC: 92 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 99 SaO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Rotação Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de acidente motor a cargo, imobilizada
 trazida da moto, sem consciência. Abre os olhos, responde
 verbalmente, apresenta lesão externa com um
 ferimento aberto no tórax frontal lado D. Chaveando
 os dois membros superiores a nível de articulação com o braço
 Foi imobilizado conforme protocolo, com o AUP Katia Macêdo Duarte
 administrado 1 tramul + S.F. 100ml EV imobilizado S.O.L. durante transporte. Remetido ao HRC

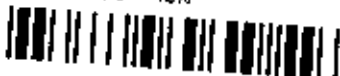
Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI-ME

DOCUMENTO 2 *T24*





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Gonçalves Braga, RG nº 642078, data de expedição 30/01/1979, Órgão SSP/PB,

CPF nº 198.368.454-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Almas</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Cajazeiras</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>mxsegurosdpvatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cajazeiras - PB 19/09/2016

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Francisco Gonçalves Braga

Assinatura do Declarante

FRANCISCO GONCALVES BRAGA
SIT ALMAS, S/N - AREA RURAL
CALAZERAS / PB CEP: 58900000 (AQ 212)

Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL TRIFASICO
Rotômetro: 10 - 212 - 328 - 720
RF Medidor: 00008420540
Referência: Jul/2016
Emissão: 19/07/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Cidade Real - Jd. São Pedro / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.055.103/0001-40 - Ins. Est. 16.045.823-0

Nota Fiscal / Controle de Energia Elétrica Nº 000.744.563
Código para Débito Automático: 00014114708

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1511270-9**
Canal de contato

Jul / 2016

Apresentação

19/07/2016

Data prevista da
próxima leitura

18/08/2016

CPF / CNPJ / RANI

18118845404

Faturas em atraso

24/05/2016 31,76
24/12/2015 54,81
20/04/2013 20,00

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
19/06/16	5769	19/07/16	5835	33
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Custo de Disponibilidade			29,27	
Subsídio			12,64	
PIS			0,49	
COFINS			2,27	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
JUROS DE MORA 08/2016			0,14	
MULTA 08/2016			0,84	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016			0,12	
Devolução Subsídio			-12,64	

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/16 38
Mai/16 43
Ago/16 68
Mar/16 84
Fev/16 87
Jan/16 102
Dez/15 140
Nov/15 139
Out/15 204
Set/15 187
Ago/15 138
Jul/15 101

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	44,87	1,1087	0,49
COFINS	44,87	5,0868	2,27

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/07/2016

R\$ 32,93

Módulo das últimas 3 faturas
105 kWh

RESERVA DO FISCO

ce58.e93e.8c5f.2b2e.1af2.e282.1b01.d18f.

Indicadores de Qualidade 5/2016 - Categorias

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	11,50	6,73	NOMINAL 390
OTC TRIMESTRAL	22,00		
OTC ANUAL	45,00		
OTC MENSAL	7,00	2,00	CONTRATADA 350
FIC TRIMESTRAL	15,79		LIMITE INFERIOR 350
FIC ANUAL	31,58	3,08	LIMITE SUPERIOR 350
FIC MENSAL	8,28		
OTC	10,00		

Coeficiente de Qualidade (CQ) = Valor (R\$) / %

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	10,81	32,83
Compra de Energia	14,18	43,06
Serviço de Transmissão	0,85	2,59
Encargos Especiais	3,43	10,42
Encargos Onerosos	3,68	11,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	32,93	100,00

Valor do EUSO (R\$ 6/2016) R\$ 15,54

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 12,54
- Leitura confirmada
Isento ICMS

ENERGISA PARAIBA

Rotômetro: 10 - 212 - 328 - 720
Matrícula: 1511270-2016-07-8

8385



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

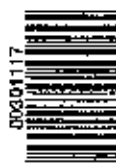
26/07/2016

R\$ 32,93

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



CTC RECIFE PE JPA PL11
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Lique 1052.
Auto-Atendimento - Lique *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclear

DOCUMENTO 1 *T196*



Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/06/2016 a 01/07/2016	28/07/2016	R\$ 36,45

Valor pago na última conta: R\$ 35,70

Veja aqui o que está sendo cobrado

Indivíduos	
Bonus internet controle 4COM9 - de 28/06/2016 a 01/07/2016	R\$ 0,00
Assinatura Controle	R\$ 35,70
Juros e Multa	R\$ 0,75
Total do Mês	R\$ 36,45

Total a Pagar	R\$ 36,45
----------------------	------------------

Marcos Aurelio Vidal
14 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Gonçalves Braga, RG nº 642078, data de expedição 30/10/1979, Órgão SSP/PM

CPF nº 194.368.454-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Almas</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Lagoa das</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>mkruguez@pualcofielmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lagoa das - PB 19/09/2016

Francisco Gonçalves Braga

Assinatura do Declarante



ENERGISA PARÁ BA - DESPESAS DE ENERGIA 30
de 2009, Km. 25 - Córrego do Rio Preto - Jd. do Povo - 42.600.000 - 42.600.000
CNPJ 00.005.123/0001-40 - Insc. Est. 15.000.000-0

Mota F. n.º 14.000.000 de (Energia Elétrica) 14.000.000, 7.4 de 2009
C.º 14.000.000 de (Energia Elétrica) 14.000.000, 7.4 de 2009

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 6/1511270-9
Canal de contato

Jul / 2016

Apresentação

18/07/2016

**Data prevista da
próxima leitura**

18/08/2018

CPI/ CNPI RANGE

CPF/CNPJ/RANG		Anterior		Atual		Constante	Comunidade	Dígitos
18118945464		Data	Letra	Data	Letra			
Rec. Est.		18/09/15	5135	18/09/16	5135	1	51	33
Faturas em atraso		Demonstrativo						
		Descrição				Quantidade	Preço	Valor (R\$)
24/09/2018	31,75	Cotação Descontabilidade						79,37
24/09/2018	64,81	Subsidio						12,54
30/04/2012	70,08	PIS						0,45
		COFINS						2,31
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
		JUROS DE MORA 08/2018						0,14
		MULTA 09/2018						0,00
		ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018						0,11
		Devolução Subsidio						-12,00

Histórico de Consumo (kWh)

June 13	38
May 18	47
April 18	66
March 18	84
February	223
January	107
December	140
November	135
October	204
September	187
August	136
July	103

1053407

	BASE DE CALCULO	ALICUOTA	VALOR PIS
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	44,57	1,10%	0,49
COFINS	44,57	3,00%	1,34

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/07/2016	R\$ 32,93

ca58,e93e.9c5f.2b2c.1af2,e292.1b01.df8f.

Indicadores de Qualidade de 2014 - Capgemini

Límites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Diretrizes ANEEL			
			1990	%		
14,80	5,73	NOMINAL	780	Serviços de Energia em Emergência	19,81	76,83
22,00				Serviços de Emergência	14,19	43,08
45,20	2,00	LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	350 290	Serviços de Energia em Emergência	0,95	2,58
7,00				Serviços de Emergência	3,43	10,47
15,10				Serviços de Emergência	3,80	11,41
3,50				Serviços de Emergência	0,90	0,60
6,20	1,08			Total	32,83	908,00
19,00						

Nota: de acordo com a Resolução ANEEL 154

Value: 40.00 (10.00) 15.00 (10.00) 15.50

ATENÇÃO

• **AVISO** Permanecendo em atraso os **DEBITOS INTERIORES**, já exigidos, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a data de prazos de 50 (quarenta e cinco) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Quilombo do DEB 7 39112 R\$ 12,50

• **Linha** concluída

Item 1245

P47A5A

Potelro: 10-212-329-720
 Matrícula: 1511270-2016-07-0

VENCIMENTO

26/07/2016

TOTALA PAGAR

R\$ 32.93

83850000000-2 32030054000-5 15112702016-3 07802120019-7



Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



CTC RUISEFF PEREIRA FILI
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODRIGUALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue 1052*
No Web - www.claro.com.br/mibaclearo

DOCUMENTO 1 *T1%



Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 90415 5835	de 02/06/2016 a 01/07/2016	28/07/2016	R\$ 36,45

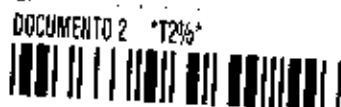
Valor pago na última conta: R\$ 35,70

Veja aqui o que está sendo cobrado

Indicadores		R\$	
Bonus Internet controle 400MB - de 26/05/2016 a 01/07/2016		R\$	0,00
Assinatura Controla		R\$	35,70
Juros e Multa		R\$	0,75
Total do Mês		R\$	36,45

Total a Pagar	R\$	36,45
---------------	-----	-------

Marcos Aurelio Vidal
26 JAN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

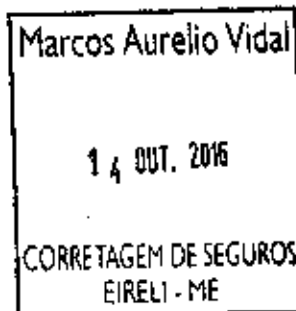
¹ Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Francisco Gonçalves Braga do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Francisco Gonçalves Braga, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: juiz Renda Mensal: R\$ juiz

Documentos comprobatórios: nao possui



Mauricio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular SUSEP nº 445/12 Previsão à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da previsão à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as 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.

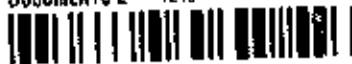
A recusa em fornecer as informações e documentos solicitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro PRIVAT. Contudo, por determinação da Lei nº 9.613/98, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

1. O presente formulário de Seguros Privados (SP) é de uso exclusivo do COAF, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. 2. O Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) órgão integrante do sistema de defesa da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, no âmbito de sua competência, as companhias seguras de riscos e filiais previstas no Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu MAURÍCIO MACÁRIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.341.541, expedido por DETRAN/RS, em 07/04/2011, CPF nº 035.871.484-44, na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do beneficiário (a) _____, do sinistro _____, da PRIVAT da natureza _____ da vítima _____, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____
Documentos comprobatórios: _____

ASSINATURA PROCURADOR INTERMEDIÁRIO



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

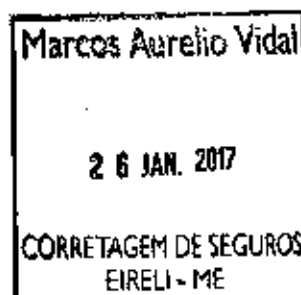
¹ Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Francisco Gonçalves Braga do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Francisco Gonçalves Braga, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: juiz Renda Mensal: R\$ nenhuma

Documentos comprobatórios: nao possui



Mauricio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Rodrigo Cardozo Braga

portador do RG: 3059089, data de expedição 11 / 02 / 2014.

órgão expedidor Detran / PB CPF: 068 . 916 . 074 . 777

com domicílio na cidade de Carapaz, no estado de Paraná.

onde resido na Rua S. Antonio Braga

número 384, complemento Crusto Rei

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Francisco Gonçalves Braga

cujo condutor era Francisco Gonçalves Braga

VEÍCULO: PAS / MOTOCICLE

ANO: 2016

MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX 2016

PLACAS: OXO 6573 / P. 5.

CHASSI: 9C2KC22J0GRD41307

DATA DO ACIDENTE: 24 / 07 / 2016.

Marcos Aurelio Vidal

14 OCT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DINAS ANDRÉOLA".
 Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: RODRIGO
 CAROLINO BRAGA, OUV. P. CAJAZEIRAS - Paraíba,
 16/08/2016.

ROBERLITA DA ROCHA ALVES MOESHA
 Digital da licenciada Tereza Normal E-AD 202828.7254
 Confira os dados do site em: <https://seelodigital.pb.lva.br>
 EMOLUM. R\$: 10,19 FARPEN R\$: 0,25 FÉRIAS R\$: 2,03

Cataguzas - PB. 16/08/2016.

Local e Data

Roberto Carlos Braga

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Francis C. Greville Brown

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Rodrigo Carolino Braga
 portador do RG: 3059089 data de expedição 11 / 02 / 2014
 órgão expedidor Detran / PB CPF: 068 . 916 . 074 . 77
 com domicílio na cidade de Cajazeiras no estado de Paraíba
 onde resido na Rua Sironio Braga
 número 384 complemento Cristo Rei

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Francisco Gonçalves Braga

cujo condutor era Francisco Gonçalves Braga

VEÍCULO: PAS / MOTOCICLE

ANO: 2016

MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX 2016

PLACAS: OXO 6573 / PB

CHASSI: 9C2KC2210GRD41307

DATA DO ACIDENTE: 24 / 07 / 2016

Cajazeiras - PB. 16/08/2016

Local e Data

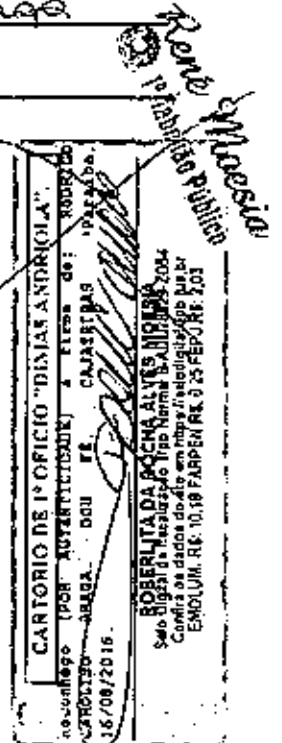
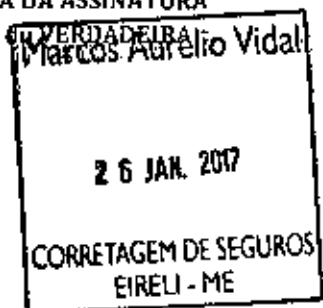


Rodrigo Carolino Braga

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Francisco Gonçalves Braga

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



SUS

ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.269/000-23

ENDEREÇO: TABELÃO ANTONIO HOLANDA, S/N

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Francisco Gomes Soares SEXO: M IDADE: 53

PROFISSÃO: Medicador DOCUMENTO:

ENDEREÇO: R. Severino Dias de Sá, 131 - C. 8 - 500

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 5000 CNS: 5000

DATA DO NASCIMENTO: 25.03.57 DATA DO ATENDIMENTO: 26.03.2017

PESO: 70 ALTURA: 1,70 TEMP: 36,5

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Relato do paciente: queixas de dor abdominal, principalmente na região superior, com caráter crônico e intermitente.

Exame físico: paciente em boas condições gerais, sem sinais de desidratação ou hipertermia.

Exame de laboratório: Exames de sangue e urina em análise.

Exame de imagem: Exames de imagem em análise.

Exame de outros: Exames de outros em análise.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exames de sangue e urina em análise.

Exames de imagem em análise.

Exames de outros em análise.

RESULTADOS

SA - 3205500 mmHg - 7,37°C

HGT - 500 mmHg

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Medicamentos: Analgésicos, Antiácidos, Antidotos, etc.

2. Atendimento de emergência.

3. Exames de sangue e urina em análise.

4. Exames de imagem em análise.

CARÂTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO FÍSICO

☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 07 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 08 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 09 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 10 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 11 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 12 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 13 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 14 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 15 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 16 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 17 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 18 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 19 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 20 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 21 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 22 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 23 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 24 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 25 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO QUÍMICOS OU FÍSICOS

Marcos Aurelio Vidal
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DIAGNÓSTICO:

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ INTERNAÇÃO

☐ ÓBITO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

☐ OUTROS

OU PREENCHER DIREITO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo





HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: MATEUS CO GOMES MAGA

Idade: 58 anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente feminina
diagnóstico de arco zigomático direito
fratura transmandibular do arco
zigomático direito
traumático-discreto
Solicitado avaliação
conduta adequada do arco
maxilar facial discreto

Diagnóstico principal: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Diagnósticos secundários: T.C.E. LEVE

Procedimentos Cirúrgicos ☐ Não

1- Cirurgia Realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia Realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: _____

Margos Aurelio Vidal

Procedimentos / Exames Invasivos ☐ Não

1- _____ Data: 14 OUT. 2016

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: _____

CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELIME

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Retornar: ☐ Consultório em _____ dias Aos cuidados de: _____

Observações: _____

Data: 25/11/16

Dr. Arthur de A. Bastos
Emergia Geral
CRM 3249 / RN 5122

Médico

CRM / Carimbo



CENTRO DE DIAGNÓSTICO E IMAGEM DE CAJAZEIRAS

NOME: FRANCISCO GONCALVES BRAGA
MÉDICO: DRA. DAYSE TALIA MENESES
DATA: 25/07/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizado cortes tomográficos axiais do crânio seguindo-se a orientação do plano órbito-meatal, utilizando-se aquisições MULTI-SLICE.

LAUDO:

- **Conteúdo espesso em seio maxilar esquerdo (sinusopatia).**
- **Fratura de arco zigomático direito.**
- **Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos dentro da normalidade.**
- **Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.**
- **Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.**
- **Não há desvio de estruturas da linha média.**
- **Hematoma subgaleal temporal direito.**

Dr. EVALDO DE SOUSA NÓBREGA

Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas.

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT, 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI + ME



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: MARCOS CO GOMES

CAVALHEIRO BRAGA

Idade: 58 anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente vítima
de acidente de moto onde so-
freu transmissões de tração
complacência de arco 1-90-
graus, direita.
Soluto e aliviado
conduto adequadamente de tipo
manuseio fecal direito.

Diagnóstico principal: FRATURA DO ANO ZIGOMAXILAR DIREITA

Diagnósticos secundários: T.C.E. LEVE

Procedimentos Cirúrgicos ☐ Não

1- Cirurgia Realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia Realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos / Exames Invasivos ☐ Não

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Retornar: ☐ Consultório em _____ dias Aos cuidados de: _____

Observações: _____

Data: 25/1/16

Médico

Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

CRM / Carimbo



NOME: FRANCISCO GONCALVES BRAGA
MÉDICO: DRA. DAYSE TALIA MENESES
DATA: 25/07/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizado cortes tomográficos axiais do crânio seguindo-se a orientação do plano órbita-mental, utilizando-se aquisições MULTI-SUCE.

LAUDO:

- Conteúdo espesso em seio maxilar esquerdo (sinusopatia).
- Fratura de arco zigomático direito.
- Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos dentro da normalidade.
- Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.
- Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.
- Não há desvio de estruturas da linha média.
- Hematoma subgaleal temporal direito.

Dr. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas.

Marcos Aurelio Vidal
26 JAN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE – UFCG

MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se do periciando Francisco Gonçalves Braga, de 59 anos, vítima de acidente de moto no dia 24/07/2016, BO de nº 670/2016, ocorrido no município de Cajazeiras – PB.

Apresentava na ocasião do acidente escoriações em face, trauma cortico contuso em face, fratura de arco zigomático da face a direita, além de trauma contuso em ombro direito.

Foi atendido no hospital regional de Cajazeiras, onde foi realizado limpeza e assepsia das escoriações, realizado sutura da lesão, curativo, medicado e realizado exames de imagem necessários.

Ao exame, constatamos que o mesmo apresenta cicatriz em face. Apresenta deformidade em face a direita, dor ao mastigar. Relata dor em ombro direito com limitação.

Do exposto, concluímos que há limitação funcional do ombro direito em torno de 25% de sua capacidade, bem como limitação funcional do ato de mastigar entorno de 35%. Apresenta deformidade importante na face.

Cajazeiras, dia 16/12/2016.



Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
CRM – PB: 8790



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

191.168.454-04

Nome

FRANCISCO GONCALVES BRAGA

Nascimento

25/08/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 6 '76%



CÓDIGO DE CONTROLE

837A.2BE8.ECFA.EBAF

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

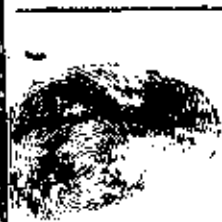
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:35:33 do dia 04/09/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

(CÉDULA DE IDENTIDADE)



Francisco Gonçalves Braga

(VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

FRANCISCO GONCALVES BRAGA

25/08/1957

A. INSCRIÇÃO DE IDENTIDADE

25/08/1957

(VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2015

CORRETAGEM DE SEGURO
EIRELI - ME

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO GONCALVES BRAGA

CPF: 191.168.454-04 (25/08/1957)

Nome: JOSE GONCALVES BRAGA
MÁRIA LUCIA ESTRELA

RG: 13717324

DATA DO NASCIMENTO: 25/08/1957

313717324

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO GONCALVES BRAGA

CPF: 191.168.454-04 (25/08/1957)

Nome: JOSE GONCALVES BRAGA
MÁRIA LUCIA ESTRELA

RG: 13717324

DATA DO NASCIMENTO: 25/08/1957

313717324

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MAURICIO MACARIO DA SILVA

1275469425

02386026015

20/01/2021

20/06/2002

15/02/2016

71569061163

PM031864783

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
191.168.454-04

Nome
FRANCISCO GONCALVES BRAGA

Nascimento
25/08/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(CEDULA DE IDENTIDADE)



Nome: **Francisco Gonçalves Braga**
 Assinatura do Titular: *Francisco Gonçalves Braga*
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DOCUMENTO 6 "T6%"



CÓDIGO DE CONTROLE
837A.2BE8.ECFA.EBAF

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:35:33 do dia 04/09/2013 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

Nome: **FRANCISCO GONCALVES BRAGA**
 Data de Nascimento: **25/08/1957**
 Assinatura: *Francisco Gonçalves Braga*
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Nome: **FRANCISCO GONCALVES BRAGA**
 Data de Nascimento: **25/08/1957**
 Assinatura: *Francisco Gonçalves Braga*
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Marcos Aurelio Vidal
26 JAN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DOCUMENTO 3 1346

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
 FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
 WASHINGTON, D. C. 20535

NAME: **RICARDO MARIO DA SILVA**
 DATE OF BIRTH: **12/06/1980**
 SEX: **M**
 RACE: **BR**
 HEIGHT: **5'00"**
 WEIGHT: **140**
 EYES: **BRN**
 HAIR: **BRN**
 SCARS/SCARS: **AD**

SOCIAL SECURITY NUMBER: **0226026035**
 PASSPORT: **2040470021**
 EXPIRATION DATE: **20/05/2007**

ADDRESS: **2040470021**
 CITY: **20/05/2007**

SIGNATURE: **RICARDO MARIO DA SILVA**
 DATE: **15/07/2012**
 FBI: **7136021155**
 FBI: **70031054783**

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427221114

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 2016060006415-8 EXERCÍCIO
1 01082546396 00/00000000 2016

RODRIGO CAROLINO BRAGA

06891607477 0X06573/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KC2210GR041307

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL PAS/MOTOCICLE/NAO PAS ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD. HONDA/CG 160 TITAN EX 2016 2016

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE 2 P/162 /CI ALUGUEL VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA PAGO EM 01/04/2016

FABR. IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ***** SEGURO PAGO 01/04/2016

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAJAZEIRAS - PB LOCAL DATA 01/04/2016

15628 15628

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAÇÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 012427221114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
06891607477 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 3/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoBrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 01/04/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA 1 06891607477 0X06573/PB

RENAVAM MARCA / MODELO 01082546396 HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB. CATE. Nº CHASSI 2016 9 9C2KC2210GR041307

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) ***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 01/04/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15628-1030317-20160401

DOCUMENTO 7 1796



Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012427221114
VA 00108254639-6 20160500006415-2 EXERCÍCIO
1 0108254639-6 00/00000000 2016

RODRIGO CAROLINI BRAGA

CPF/CNPJ 06891607477-7 PLACA OX06573/PB

PLACA ANT/LP NOVO PB 9C2KC2210GR041307

ESPECIE TIPO DAS/MOTOCICLETA/MOT APIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB 2016 ANO VOB 2016

CAP/MOT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA 1º 1PVA PAGO EM 01/04/2016

FABR 1PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10% (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/04/2016

SEGURO PAGO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CRJAZEIRAS - PB LOCAL DATA 01/04/2016

15628

15628

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
ORIGINÁRIOS DE VIATURAS, REIS, RE, OU POR CARGA, APRESSÃO
TRANSPORTAÇÃO, CÔNDA, SEGURO DPVAT

PB Nº 012427221114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800 022 1204

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodebrasil.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 01/04/2016

VA 1 06891607477-7 PLACA OX06573/PB

RENAVAM 04082546396 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB 2016 ANO VOB 2016

9C2KC2210GR041307

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) DENAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10% (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)

***** SEGURO PAGO

COTA ÚNICA PARCELAMENTO PARCELADO DATA DE OUTRORA 01/04/2016

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15628-1030317-20160401

DOCUMENTO 7 *T74*



Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170061072 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GONCALVES BRAGA **Data do acidente:** 24/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, COM FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. TRAMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DORMÊNCIA E DOR NA REGIÃO DAS CICATRIZES. AO EXAME APRESENTA CICATRIZES NAS REGIÕES FRONTAL, ZIGOMÁTICA, MAXILAR PALPEBRAL INFERIOR DIREITAS, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FOI ATENDIDA, MEDICADA E MANTIDA EM OBSERVAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E DO TRAMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 02/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jamacir Ferreira Moreira

CRM do médico: 8344

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

RODRIGO CAROLINO BRAGA

CPF: 3058099-5 **SSP: PR**

CPF: 068.916.074-77 **Data de Nascimento: 17/01/1986**

Nome: FRANCISCO GONÇALVES BRAGA
Nome: ANA CAROLINO BRAGA

Residência: [] **ACE: []** **COMUN: []**

CPF: 04130650100 **Data de Nascimento: 30/05/2013** **Data de Emissão: 11/07/2007**

EXERCÍCIO ATIV. REMUNERADA:

Rodrigo Carolino Braga

CPF: 04130650100 **Data de Nascimento: 30/05/2013** **Data de Emissão: 11/02/2014**

Rodrigo Carolino Braga

CPF: 04130650100 **Data de Nascimento: 30/05/2013** **Data de Emissão: 11/02/2014**

Rodrigo Carolino Braga

Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

CAJAZEIRAS/PB, 16 DE DEZEMBRO DE 2016.

A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.

Senhor Diretor,

Eu, FRANCISCO GONÇALVES BRAGA, brasileiro, portador do CPF: 191.168.454-04, SINISTRO: 3160624331, residente no Sítio Almas, Zona Rural, Cajazeiras/PB. Venho respeitosamente a vossa senhoria informar que:

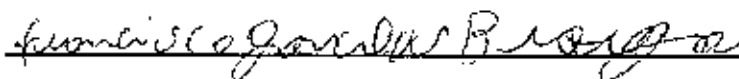
Considerando que as lesões por mim sofridas em decorrência do sinistro informado ter deixadas evidentes sequelas e que o resultado foi em total desacordo com lesões sofridas, bem como se observa no laudo em anexo, as quais também podem ser comprovadas através de uma nova PERÍCIA MÉDICA;

Motivos pelos quais solicito os bons préstimos de Vossa Senhoria revisão sobre o meu processo;

Considerando ainda que cabe recurso judicial para tal, opto por buscar uma maneira mais viável e amigável para ambas as partes.

Por todo exposto, ratifico que seja feita uma REVISÃO em meu processo e que me encaminhem a perícia médica, onde de fato poderei definitivamente comprovar as minhas sequelas, objetivando receber da indenização devida a qual tenho direito, conforme preceitua a **Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974**.

Certo de Vossa prestimosa atenção antecipo-lhe meus agradecimentos.



FRANCISCO GONÇALVES BRAGA

CPF: 191.168.454-04



TERMO DE SOLICITAÇÃO

Eu, Francisco Gonçalves Braga, brasileiro (a),
Estado Civil: casado, profissão: agricultor, CPF:
198.168.454-04, RG: 642078, SSP / PB residente
na Sítio Almas, Nº 5A, bairro:
Zona Rural, cidade: Cajazeiras, UF: PB.

Venho através de o presente documento solicitar os bons préstimos de Vossa
Senhoria, no sentido de realizar gestões administrativas que possibilitem que
minha perícia médica seja elaborada nessa cidade (CAJAZEIRAS/PB). Haja
visto o custo de deslocamento ser muito alto.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.

Francisco Gonçalves Braga

SOLICITANDO

Marcos Aurelio Vidal

26 JAN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Gonçalves Braga

Nacionalidade: Brasileira

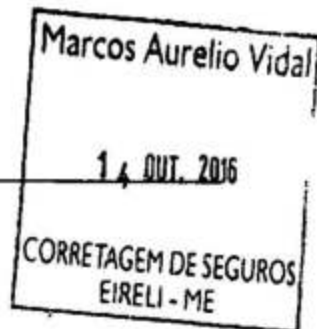
Estado Civil: Casado

Identidade: 642078

CPF: 393.368.454-04

Profissão: Agricultor

Endereço: Sítio Almas, Zona Rural, Cajazeiras - PB.



OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

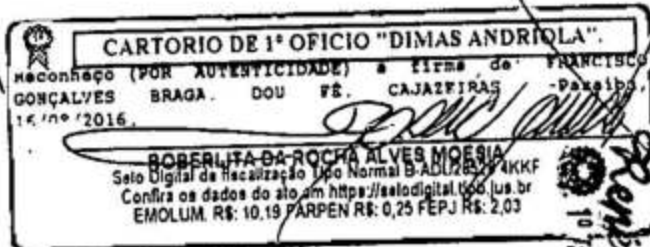
Estado Civil: CASADO

Identidade: 2421541

CPF: 035.831.484-44.

Profissão: AUTONOMO

Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima

Francisco Gonçalves Braga

Cajazeiras, 19 de setembro de 2016.



Francisco Gonçalves Braga

ASSINATURA DO OUTORGANTE



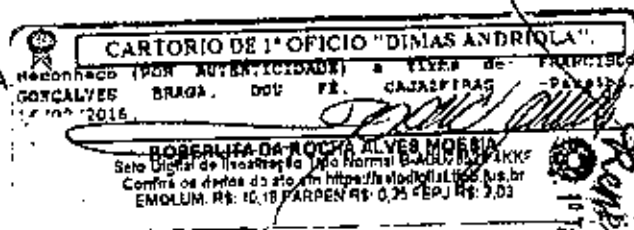
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Gonçalves Braga
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Casado
 Identidade: 642078
 CPF: 393.168.454-04
 Profissão: Pericultor
 Endereço: Eduardo Almas, Zona Rural, Cajazeiras - PB.

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 2421541
 CPF: 035.831.484-44
 Profissão: AUTONOMO
 Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



10 Tabelas Publicar
 10 Tabelas Publicar

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima

Francisco Gonçalves Braga

Cajazeiras, 19 de setembro de 2016.



Francisco Gonçalves Braga

ASSINATURA DO OUTORGANTE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO GONCALVES BRAGA** Sinistro: **3160624331** Data: **24/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT ALMAS, S/N - AREA RURAL - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **642078**

Data local do exame: [**24/11/2016**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORAL À DIREITA. VÍTIMA REFERE REDUÇÃO DA FORÇA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DÉFICIT DA VISÃO NO OLHO ESQUERDO. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NA REGIÃO FRONTAL E NA REGIÃO ZIGOMÁTICA E MAXILAR DIREITAS PRÓXIMO À REGIÃO PALPEBRAL INFERIR DIREITA COM INVASÃO DA REGIÃO DA PÁLPEBRA SUPERIOR DIREITA DE APROXIMADAMENTE 2 CM.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO COM LIMPEZA E SUTURA SENDO LIBERADO A SEGUIR PARA TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANALGÉSICOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

VÍTIMA DEVERÁ APRESENTAR LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE ATESTE A PERDA VISUAL E SUA RELAÇÃO COM O ACIDENTE.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO GONCALVES BRAGA** Sinistro: **3170061072** Data: **24/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO ALMAS, S/N - ZONA RURAL - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **642075**

Data local do exame: [**02/02/2017**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, COM FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. TRAMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. VÍTIMA REFERE DORMÊNCIA E DOR NA REGIÃO DAS CICATRIZES. AO EXAME APRESENTA CICATRIZES NAS REGIÕES FRONTAL, ZIGOMÁTICA, MAXILAR PALPEBRAL INFERIOR DIREITAS, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VÍTIMA FOI ATENDIDA, MEDICADA E MANTIDA EM OBSERVAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E DO TRAMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

