

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180536164**

Vítima: **LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **01/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180536164**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13609047



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 06048822464 Nome completo da vítima: Luciana Wanderley B. de Oliveira

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

Nome completo: Luciana Wanderley B. de Oliveira CPF: 060488224-64

Profissão: Recusado Endereço: São Judas Tadeu Número: 5N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: 2 Tarfao Cidade: João Pessoa Estado: PB CBR: 08070-100

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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: 0735 CONTA: 42470 4

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Local e Data, \_\_\_\_\_

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

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

Assinatura de quem assina A ROGO \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

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.

agência







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02026.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02026.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:49 horas do dia 24 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luciano Wanderley Cruz de Oliveira**, CPF nº 060.488.224-64, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria Cristina da Cruz e Antonio Vicente de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/04/1987 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida São Judas Tadeu, Nº 595, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Padaria Sousa Rangel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98690-9264.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Frei Martinho, Colégio Eapc, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/06/18 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

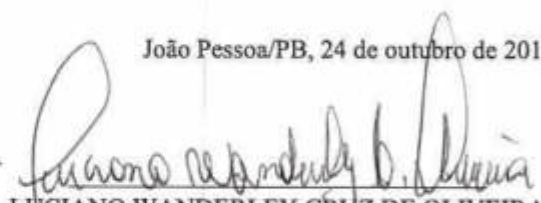
QUE segundo o notificante trafegava com o pas/automóvel, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 START, ano e modelo: 2015 de cor: preta, placa: OFH 3723/PB, chassi nº 9C2KC1670FR506285, registrado em nome de Josilene Lima da Cruz-CPF nº 913.9014.764-87; QUE segundo o notificante seguia normalmente sentido Rangel, quando um veículo GM/ corsa de cor verde, não sabendo especificar a placa do mesmo entrou trancando ao notificante, que para não colidir com o mesmo perdeu o controle e colidiu em alguns ferros de proteção que ficam na calçada; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 14.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. obs QUE posteriormente foi encaminhado para o complexo hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 1266/2018, datado de 17/09/2018 CID 10 S 92

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

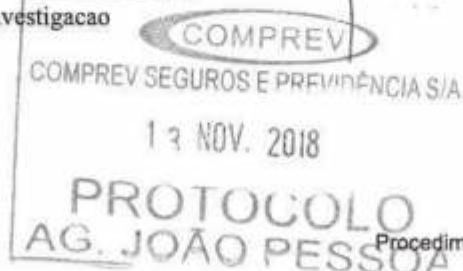
João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

  
LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Notificante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 06048822464 Nome completo da vítima: Luciana Wanderley B. de Oliveira

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

Nome completo: Luciana Wanderley B. de Oliveira CPF: 060488224-64

Profissão: Recusado Endereço: São Judas Tadeu Número: 5N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: 2 Tarfao Cidade: João Pessoa Estado: PB CBR: 08070-100

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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: 0735 CONTA: 42470 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, \_\_\_\_\_

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

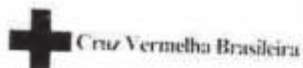
Assinatura

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.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1085652



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 867642	Nome LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/04/1987	Idade 31 anos 1 mes 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA CRISTINA DA CRUZ	Pai ANTONIO VICENTE DE OLIVEIRA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87297250	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3064298	Nº Cns 898004609105847		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO			UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58070100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro São Judas Tadeu	
Número 596	Complemento			Bairro Varjão
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 01/06/2018 23:19:49	Número da pulseira 1000005171155	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos <i>Valente, com história de queda de moto comunitária, sem lesões aparentes SSVU limpo.</i>				
Diagnóstico	Isaias J. Santiago de Souza Enfermeiro COREN-PB 500757			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	CID			

Imprimir

COMPR  
Tempo  
26seg  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
13 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000042470-4

---

Nr. da Autenticação 313414C5E3DD9218

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Lúcio Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

67265278

N. OSP

18730509

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

MARIA DE FÁTIMA DE O ALVES  
AV SÃO JUDAS TADEU, S/N - VARJÃO JOÃO PESSOA PB  
58070-100

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Rendicular	Comercial	Industrial	Público	
001.018.210.038/0.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01A205713	31/08/2001	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
JUN/2018	22/06/2018	37,91			

EMISSÃO:

09/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91

COMPREV  
COMPREV SEGUROS FORTALECIMENTO S/A  
19 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

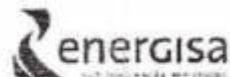


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de nota

Exibir para simplificar pagamento via rede eletrônica ou internet Nº 012.740.0/7

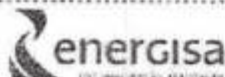


ENERGISA PARABÁ - DESTINATÓRIA DE ENERGIA S/A  
Br 210, Km 25 - Costa Pederneira - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 - Ins.Cat. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSIE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA	5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	20/09/2018	192	27/09/2018	R\$ 178,94

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Nº 012.740.0/7

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotatira: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-09-8



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455536091  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano W. G. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 06048822464 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade  
Luciano W. G. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 06048822464 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	Rua Ag. Fiscal J. G. Duarte		Número	157	Complemento	
Bairro	Orangueira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		

João Pessoa de dezembro de 2018  
Local e Data

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Josilene Lima da Cruz  
RG nº 001.424.188 data de expedição 06/08/2001  
Órgão SSPRN, portador do CPF nº 913.901.764-87 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Romeu Rangel, nº 402  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado (é/era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Luano Norafely B. Oliveira cujo o condutor era  
Luano Norafely B. Oliveira.  
Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/CG 150 START  
Ano: 2015  
Placa: OFH 37231PB  
Chassi: GC2KCJ670F1506285  
Data do Acidente: 01/06/18  
Local e Data: João Pessoa - PB 21/06/18.

Josilene Lima da Cruz.  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**CARTÓRIO**  
**MONTEIRO DA FRANCA**  
Serviço Notarial - 5º Ofício  
Rua: Espírito Santo, 416 - Fátima - CEP: 53040-000 - Tel: (31) 3244-8000 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
JOSILENE LIMA DA CRUZ.....  
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 21/06/2018 11:37:00  
Vilma Maria da Silva - Escrevente  
2018-029770JEMOL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPEN:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGY30062-4TZH  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.joao.jus.br>





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA  
DATA DE NASCIMENTO 08/04/87  
NOME DA MÃE MARIA CRISTIANA DA CRUZ

### DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1085652  
DATA DO ATENDIMENTO 01/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 23:19  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA (QUEDA)  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA PÉ ESQUERDO  
CID 10 S92

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO PÉ ESQUERDO, PRESENÇA DE FERIMENTO NO SUPERCÍLIO ESQ., CONTUSÃO FACIAL, CONTUSÃO DE CRÂNIO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF. NÃO CONSTA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA E RESULTADO DOS RAIOS X DO PÉ E TORNOZELO ESQ.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO, TC DE FACE  
RX TORAX, RX BACIA, RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA ESQ. RX PÉ ESQ.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA, NEUROLÓGICA, BUCOMAXILOFACIAL - NORMAIS  
RX PÉ - FRATURA EXPOSTA PÉ ESQ.

### TRATAMENTO:

CONSERVADOR. TRANSFERIDO PARA HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

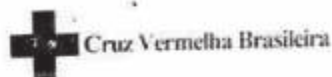
ALTA HOSPITALAR: 02/06/18  
DATA DA EMISSÃO: 14/08/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB



Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CVB/HEETSHL  
CRM 1873/PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA</b>		BAE <b>1085652</b>	Data/Hora Entrada <b>01/06/2018 23:19:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/04/1987</b>	Idade <b>31a 1m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898004609105847</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87297250</b>
Mãe <b>MARIA CRISTINA DA CRUZ</b>			Prontuário	
Endereço <b>São Judas Tadeu, 596</b>		Bairro <b>Varjão</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>		Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/06/2018 23:19:49</b>			Data/Hora Prescrição <b>02/06/2018 01:02:08</b>	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ APROXIMADAMENTE 2HS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES E FCC EM SUPERCÍLIO "E". AO EXAME FÍSICO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NEGA VÔMITO E OU DESMAIO POS TRAUMA APRESENTA MOBILIDADE OCULAR PRESERVADO E ACUIDADE VISUAL SEM ALTERAÇÃO, NA PALPAÇÃO NÃO REFERE SINTOMATOLOGIA ALGICA, CONTORNOS OSSEOS FACIAIS SEM ANORMALIDADES, ABERTURA BUCAL NORMAL, NÃO APRESENTA FRATURA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NEM FCC INTRABUCAL. AO EXAME POR IMAGEM NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURA EM OSSOS DA FACE.

CD

01 ANAMNESE

02 AVALIAÇÃO FÍSICA E POR EXAMES POR IMAGENS

03 SUTURA DO FCC EM SUPERCÍLIO "E"

04 ALTA DA CTBMF E SEGUIE EM OBSERVAÇÃO PELA CLÍNICA E ORTOPEDIA.

### CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

### Conduta

Em observação

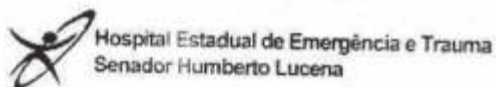
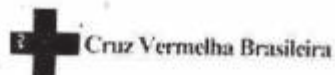
LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)



Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 01/06/2018 23:20:14





## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1085652</b>	Data/Hora Entrada <b>01/06/2018 23:19:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/04/1987</b>	Idade <b>31a 1m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898004609105847</b>
Mãe <b>MARIA CRISTINA DA CRUZ</b>			Telefone de Contato <b>(83) 87297250</b>
Endereço <b>São Judas Tadeu, 596</b>	Bairro <b>Varjão</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO</b>	Nº Cons. Regional <b>10452/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/06/2018 23:19:49</b>		Data/Hora Prescrição <b>01/06/2018 23:42:55</b>	

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDO COM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RIGIDA, COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIENCIA NO LOCAL E COM RELATO DE INGESTA DE ALCOOL. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO.

- A) VIA AEREA PERVEA + RETIRADO COLOCAR CERVICAL
- B) RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SIMETRICA, PALPAÇÃO INDOLOR, SEM CREPTAÇÕES
- C) ABDOME PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR, SEM DEFESA. BACIA ESTAVEL.
- D) ECG 15, PUPILAS ISO E FOTORREAGENTES. FCC EM SUPERCILIO ESQUERDO.
- E) FERIMENTO ABRASIVO EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA. FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQUERDO.

CD: TC DE CRANIO + PARECER DA NCR + RAO X DE TORAX + FAST + RAO X DE BACIA, TORNOZELO ESQ E PÉ ESQ + PARECER DA BMF + INICIO ATB + ANALGESIA + PARECER DA ORTO

## MEDICAÇÃO

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, POR 7 DIA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDO)

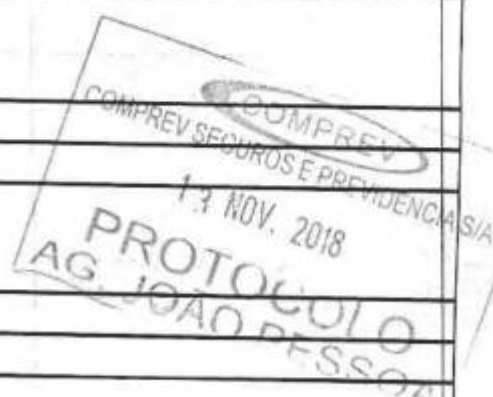
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 2 INCIDENCIAS)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Dra. Gabriela Albuquerque  
Médica Residente Cirurgia Geral  
CRM 10452

Boletim registrado por: JOSÉ MARCIO BATISTA DA SILVA em 01/06/2018 23:20:14





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1085652</b>	Data/Hora Entrada <b>01/06/2018 23:19:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/04/1987</b>	Idade <b>31a 1m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898004609105847</b>
Mãe <b>MARIA CRISTINA DA CRUZ</b>			Telefone de Contato <b>(83) 87297250</b>
Endereço <b>São Judas Tadeu, 596</b>	Bairro <b>Varjão</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/06/2018 23:19:49</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/06/2018 00:32:21</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>

## Anamnese

\*\*\*\*\*NEUROCIRURGIA\*\*\*\*\*

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 23:19;  
AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR

NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA ; AGUARDA SUTURA DOS FERIMENTOS; AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Em observação

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

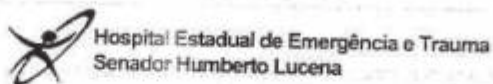
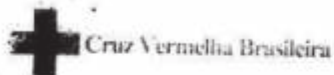
Dr. Ricardo R. Carvalho  
Neurocirurgista  
CRM  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1085652</b>	Data/Hora Entrada <b>01/06/2018 23:19:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/04/1987</b>	Idade <b>31a 1m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898004609105847</b>
Mãe <b>MARIA CRISTINA DA CRUZ</b>			Telefone de Contato <b>(83) 87297250</b>
Endereço <b>São Judas Tadeu, 596</b>	Bairro <b>Varjão</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>RAM 3</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO</b>	Nº Cons. Regional <b>10452/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/06/2018 23:19:49</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/06/2018 01:17:40</b>	

### Anamnese

PACIENTE ESTAVEL. REALIZOU RAO X DE TORAX SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TRAUMA

CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

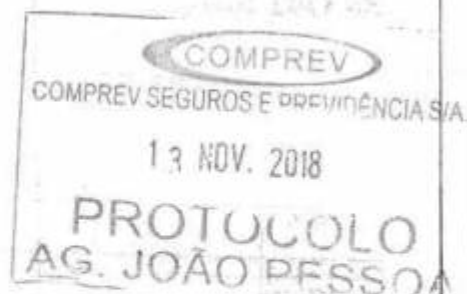
### Conduta

Em observação

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

*Dr. Gabriela Albuquerque  
Médica Residente Cirurgia Geral  
CRM 10452*

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO  
(: 10452/PB)





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831347745

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Data Nasc: 08/04/1987 - 31 anos

Data Exame: 02/06/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

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

### **Análise**

Discreto espessamento da mucosa dos seios maxilar e etmoidal esquerdos.

Septo nasal desviado para direita.

Cornetos médios pneumatizados.

Paredes ósseas sinunasais íntegras.

Unidades óstio-meatais livres.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

*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 02/06/2018 02:26.

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
CRM: 6293 - PB





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831347745

Data Nasc: 08/04/1987 - 31 anos

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Data Exame: 02/06/2018

## **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 02/06/2018 02:25

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**



# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA		Data de 08/04/1987	Idade 31a 1m 25d	Sexo MASCULINO	Nº 1085652	Nº Prontuário	Data Prescrição 01/06/2018 23:42:55
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 01/06/2018 23:42:00 - 02/06/2018 23:42:00			
Convenio SUS		Matricula		Senha			

Data: 01/06/18 23:42  
Usuário: GABRIELA

Boleim 1085652

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
2 CEFALOTINA 1G	1.0	MG		E.V.		6/6H	
3 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.	1	AGORA	
4 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.	1	AGORA	
5 PARECER ORTO	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

01 de Junho de 2018

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE  
CRM: 10452

Dra. Gabriela Albuquerque  
Médica Residente em Cirurgia Geral  
CRM 10452



## CERTIDÃO

Nº. 1266/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 133136 e Prontuário de Nº 2018.06.000138, pertencente a **LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 02/06/2018 às 02H01min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em calcâneo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 5º pododáctilo do pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/06/2018 com alta médica dia 03/06/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de setembro de 2018

*Rossana de Fátima de Araújo Barbosa*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 133136 Atd: Nao Reg  
Data: 02/06/2018  
Hora: 02:01:37  
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE  
Clinica: BUCO MAXILO

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.000138

CNS: 708608093236281 Sexo: M IDENTIDADE: 3064298 Fone: 986909264

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: AVENIDA SAO JUDAS TADEU, 1595

Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA CRISTINA DA CRUZ

Pai: ANTONIO VICENTE DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEM INSTRUCAO

Resp.: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Te oc. Responsavel: 986909264 / IDENTIDADE: 3064298

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, COM LESAO  
EXTENSA DE PARTES MOLES NO CALCANEIO E LUXACAO  
EXPOSTA DE 5 PDE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

- Lesão extensa em calcâneo  
Luxação exposta LO Podo

Diagnostico

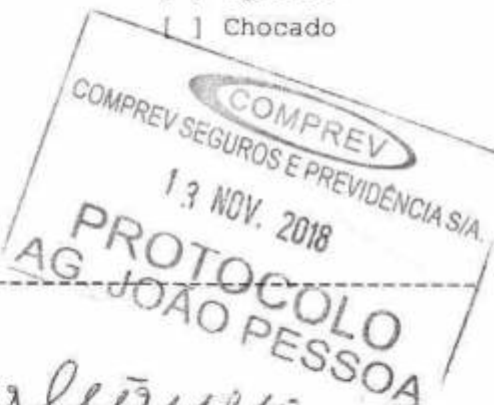
| Conduta

Manito da silva agosto

Prescricao

| Horario da medicacao

C17: Internamento para  
tratamento cirurgico



Edson D. Tinoco  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO DE NÍVEL ESPECIALIZADO

-----

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

-----

-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----

Assinatura da Enfermagem

-----

| Reservado p/ liberacao

-----

PROCEDIMENTO REALIZADO

-----

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia      [ ] Transferido      [ ] Desistencia      [ ] UTI

[ ] Alta a pedido      [ ] Enfermaria      Obito: [ ] Atestado      [ ] SVO      [ ] IML

-----

-----

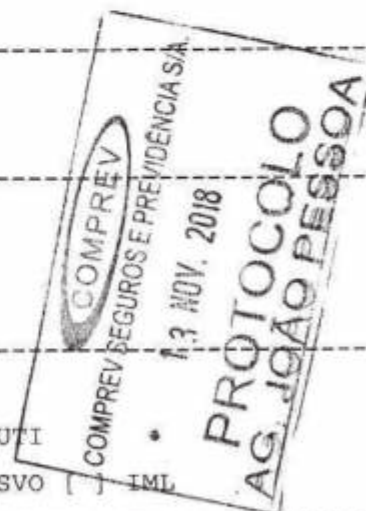
Assinatura do Paciente/Responsavel

-----

-----

Assinatura e Carimbo do Medico

-----

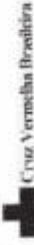








Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Receituário

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Idade: 31

Data: 02/06/2018 00:40:58 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1085652

AO ORTOTRAUMA MANGABEIRA

PACIENTE COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO CALCANEIO ESQUERDO + LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5 PDE.

REALIZADO GENTAMICINA 80MG + CEFALOTINA 1G + CETOPROFENO 100MG + DIPIRONA 1G

CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Arão S. de ARAO  
Orcamento 180114043  
71417 7041 7746 7787

Dr. ARAO SANTOS DE ALENCAR

7967/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

## Receituário

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Idade: 31

Data: 02/06/2018 00:40:58 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1085652

AO ORTOTRAUMA MANGABEIRA

PACIENTE COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO CALCANEIO ESQUERDO + LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5 PDE.

REALIZADO GENTAMICINA 80MG + CEFALOTINA 1G + CETOPROFENO 100MG + DIPIRONA 1G

CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

COMPREV  
13 NOV. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Arão S. de ARAO  
Orcamento 180114043  
71417 7041 7746 7787

Dr. ARAO SANTOS DE ALENCAR

7967/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



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02 / 06 / 14

Nome: Guilherme W. Souza de Oliveira  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M (x) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: Paciente vítima de acidente motorciclístico queixa  
nódo-se em dor calcânea esquerda + ferimento  
contuso em região do SM + T

Medicações em uso: Negre



### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
 [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
 [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
 [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades  
 [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em P.D.H. sobre Anestesia.  
Antesepia + Antisepsia.  
Aparelho de campos esteril.

### Incisão:

Ø

### Achados:

↳ FX lux exp do 5º P.D. esquerdo + lesão  
extensa de partes moles da região do calcâneo. (E)  
não acometendo estruturas tendineas e  
osseas do calcâneo.

### Conduta:

- ↳ Limpeza criteriosa com SF0.9%
- ↳ Redução anatómica cirúrgica + fixação  
com Fio de K do 5º P.D. (E), não guiado  
pela escópio o mesmo está quebrado.
- ↳ Limpeza com SF0.9%
- ↳ Fechamento de partes moles por planos e  
pele.
- ↳ Lavatório esteril
- ↳ Imobilização
- ↳ Solicitado Rx de controle

### Fechamento:

### OBS:

Concepção Ø estruturado no momento  
CO orientado por Edson Tenório

### Data:

02.06.12

Dr. Edson Tenório  
C.R.C. 111226  
MEDICO/CRM

Verificar Referências do 4º/5º P.D., revisão de Necrose

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
13 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: 66 g JS

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): NDN

Gânglios: NDN

Pele: NDN

ACV: NDN

AR: NDN

ABD: NDN

AGU: NDN

SME: NDN

SN: Nervo Vazcular preservado.

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

1. Radiografia

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

1. FX exp do SMTT esquerda

2. Lesão extensa do tendão do calcâneo

Conduta: \_\_\_\_\_

1. LMC + desbridamento + redução anatômica

+ fixação com fios de K

2. Abordagem secundária S/N

co. aumentada por 1º Edson Tenace

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-005

*Luciano Wanderley Cruz de Oliveira*  
ASSINATURA DO DETITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.064.298 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/01/2010

NOME LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANTONIO VICENTE DE OLIVEIRA  
MARIA CRISTINA DA CRUZ

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOAO PESSOA-PB 08/04/1987

CCO NASC.N.50828 FLS.595 LIV.A-47  
CARTORIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPE 060.488.224-64

*V. Cavalcante*  
ASSINATURA DO DIRETOR


LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME <b>JOSE EDUARDO DA SILVA</b>		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IN <b>1094562</b> <b>SSP</b> <b>PB</b>	
	CPF - DATA NASCIMENTO <b>455.536.024-91</b> <b>02/04/1967</b>	
	FUNÇÃO <b>JOSEFA GERVASIO DA SILVA</b>	
	TERMINAÇÃO <b>AD</b>	
Nº REGISTRO <b>00724153162</b>		
VIGÊNCIA <b>10/11/2019</b>		
1ª HABILITAÇÃO <b>06/04/1989</b>		
OBSERVAÇÕES		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL <b>JOÃO PESSOA, PB</b>		
DATA EMISSÃO <b>11/11/2014</b>		
ASSINATURA DO EMISSOR <b>60376988469</b> <b>PB025545609</b>		
<b>DETRAN - PB (PARAIBA)</b>		

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536164 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.  
FRATURA EXPOSTA DE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA - CALCÂNEO) E FIOS DE KIRSCHNER - 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536164 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.  
FRATURA EXPOSTA DE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA - CALCÂNEO) E FIOS DE KIRSCHNER - 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413609/18

Número do Sinistro: 3180536164

Vítima: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIR

CPF: 060.488.224-64

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/06/2018

Titular do CPF: LUCIANO WANDERLEY  
CRUZ DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Declaração Circular SUSEP 445/12

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413609/18

**Vítima:** LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIR

**CPF:** 060.488.224-64

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 01/06/2018

**Titular do CPF:** LUCIANO WANDERLEY  
CRUZ DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA : 060.488.224-64

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA