

---

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**

# 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:	Nome completo da vítima:	
06048822464		Luciana Wanderley G. 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 G. de Oliveira		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: 5N	
Bairro:	City:	Estado:	CEP: 58070-100
E-mail:	Complemento:		

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

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

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

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

Não há IML que 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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 Jaguaripe; 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:**

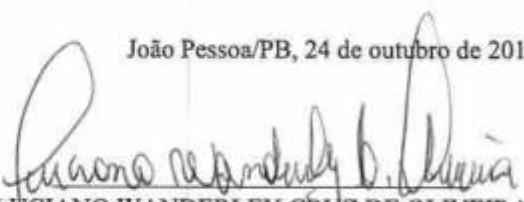
QUE segundo o notificante trafegava com o pas/automóvel, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 START, ano e modelo:2015 de cor:preta, placa:OFH 3723/PB, chassi nº 9C2KC1670FR506285, registrado em nome de Josilene Lima da Cruz-CPF nº 913.9014.764-87;QUE segundo o notificante seguia normalmente 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 TOLÉDO, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

  
LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Noticiante

 COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 NOV. 2018

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02026.01.2018.1.00.420

# 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:	Nome completo da vítima:	
06048822464 <i>Luciana Wanderley G. de Oliveira</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
<i>Luciana Wanderley G. de Oliveira</i>	06048822464		
Profissão:	Número:		Complemento:
<i>Recusa Jov. São Judas Tadeu</i>	5N		
Bairro:	Endereço:	Estado:	CEP:
<i>Carfão</i>	<i>João Pessoa</i>	<i>PB</i>	<i>58070-100</i>
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
*Luciana Wanderley G. Oliveira*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
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
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3064298	Fone Fixo		
Local de procedência CRISTO REDENTOR				Nº Cns 898004609105847
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA			Tipo BAIRRO
UF PB				
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 <b>1000005171155</b>			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
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	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU				Quem transportou
<b>Sinais Vitais</b>				
PA: X mmHg	P脉		Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Palpável com história de queda de moto comulx ondula, vulva aberta com escoriações SSV limpo.</i>				
Diagnóstico	<i>Isaias J. Santiago de Souza Enfermeiro COREN-PB 500757</i>			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           CID  <b>COMPRE</b>            COMPREV SEGUROS E OPORTUNIDADES            13 NOV. 2018         </div>			

Imprimir

13 NOV. 2018  
**PROTÓCOLO**  
 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 Galiciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

67265278

N.º OSP

18730509

## NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Pendente	Consumo	Infração	Bitão	
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.	VENCTIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCTIMENTO	VALOR(R\$)
JUN/2018	22/06/2018	37,91			

EMISSÃO: 09/08/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91

COMPREV  
COMPREV SEGUROS FIDENCIAS /  
19 NOV. 2018  
PROTÓCULO  
AG. JOÃO PESSOA

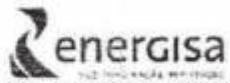
# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento não vale R\$0,00

Documento não é segundo via de conta

Este documento não é válido para pagamento da conta de energia da Energisa - PB

Nº 012.740.077



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 210, Km 25 - Crato Redondo - João Pessoa / PB - CEP 58071-088  
CNPJ 29.095.162 / 0001-40 - Insc. Est. 16.018.623-0

## DADOS DO CLIENTE

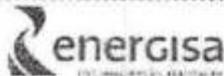
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 09  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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)



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Retâbre: 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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo 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 e fechada, 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, administrar e executar as normas 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 4555360-91,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juciamon W. G. de Oliveira,

(a) no CPF sob o Nº 060488224-64 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade,

Juciamon W. G. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 060488224-64,

determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	rua Ag. Fiscal s/nº 6. Duarte	Número	157	Complemento			
Bairro	Orangeteira	Cidade	João Pessoa	Estado	PR	CEP	5805-384
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

A.

José Pessoa de dezembro de 2018 E.Z. 2018

PROTÓCOLO  
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 933 903 764-87 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Fernelli Rangel, nº 402,  
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jucimara Wellington G. Oliveira cujo o condutor era  
Jucimara Wellington G. Oliveira.

Veículo: Honda CG 150 START  
Modelo: Honda CG 150 START  
Ano: 2015  
Placa: OFH 37231PB  
Chassi: 9C2KCJ670PN506285  
Data do Acidente: 03/06/18  
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)





## 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:

#### ANAMSE DO PACIENTE

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

#### BOLETIM DE ENTRADA N.

#### DATA DO ATENDIMENTO

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE

RX TORAX, RX BACIA, RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA ESQ. RX PÉ ESQ.

#### DIAGNÓSTICO

### RESULTADOS DOS EXAMES:

AVALIAÇÃO CIRURGICA, NEUROLOGICA, BUCOMAXILOFACIAL - NORMAIS

RX PÉ - FRATURA EXPOSTA PÉ ESQ.

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

### TRATAMENTO:

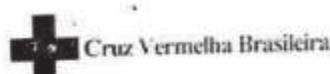
CONSERVADOR. TRANSFERIDO PARA HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/06/18

DATA DA EMISSÃO: 14/08/18

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

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

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ APROXIMADAMENTE 2HS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES E FCC EM SUPERCÍLIO "E". AO EXAME FÍSICO, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NEGA VOMITO 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 DENTARIOS SEM ANORMALIDADES, ABERTURA BUCAL NORMAL, NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURA EM OSSOS DA FACE. 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 SEGUE EM OBSERVAÇÃO PELA CLINICA E ORTOPEDIA.

## CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

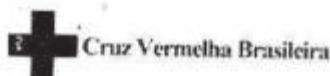
## Conduta

Em observação

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(: 2442/PB)





## 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 1085652	Data/Hora Entrada 01/06/2018 23:19:49	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/04/1987</b>	Idade <b>31a 1m 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 898004609105847	Telefone de Contato (83) 87297250
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>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 + RAIOS X DE TORAX + FAST + RAIOS 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

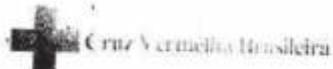
## Conduta

Em observação

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

Dra. Gabriela Albuquerque  
Média Residência Clínica Geral  
01/06/2018

COMPREV  
COMPREV  
SEGURO  
SE PREVIDEN  
13 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

C. ORESTES

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

## 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

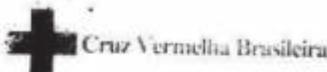
Em observação

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
( 6628/PB)

Dr. Ricardo R. Carvalho  
CRM  
Neurocirurgia




**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>10452/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>02/06/2018 01:17:40</b>	

**Anamnese**

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

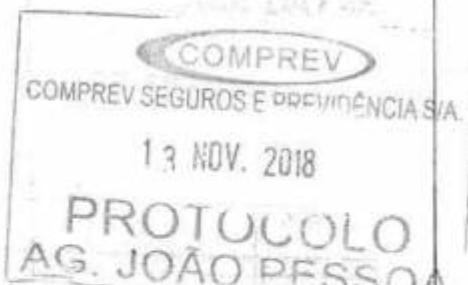
CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

**Conduta**

Em observação

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

**GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO**  
(: 10452/PB)





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.

Cornetas 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



Atendimento: 201831347745

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Data Nasc: 08/04/1987 - 31 anos

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**



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	01/06/18 23:42
Usuário:	GABRIELA
Boleilim	<b>1085652</b>

LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA

Molivo do Alendimenlo

111

SUS  
Convênio

111

Nome da embaixada:

卷之三

1	GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
2	CEFALOTINA 1G	1.0	MG		E.V.		6/6H	
3	DIPIRONA 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			E.V.			
6	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURGIA	0.0						
7	SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

SAF. 10:00 AM

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE

01 de Junho de 2018

01 de Junho  
Dra. Cintia Albuqerque  
Médica Ginecologista e Carimbo do Profissional  
CRM 10452  
CRM 10452

PROTÓCOLO  
1.3 NOV. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

## CERTIDÃO

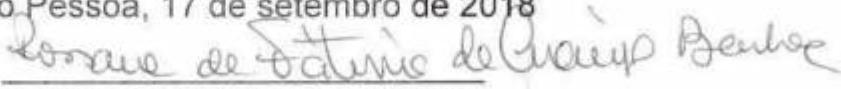
Nº. 1266/2018

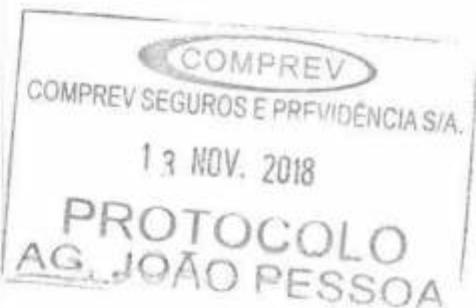
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 133136 e Prontuário de Nº 2018.06.000138, pertencente 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, data 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  
Repcionista: DANIELE CAVALCANTE  
Clinica: BUCO MAXILO

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispinelia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado

Queixa Principal

<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Observacao
---------------------------------	-------------------------------------

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

- Lesao extensa em calcaneu  
Luxacao exposta Lº Polol

Diagnostico

| Conduta

Fractura da silva moquio

Prescricao

| Horario da medicacao

C/ Internamento para  
e extensoamento Cirurgico

COMPREV  
13 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Edson D. Tinoco  
PROTÓCOLO DE TRAUMATOLOGIA  
SERVIÇO DE MEDICINA DE TRAUMATOLOGIA  
03/08/2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

### Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UPI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVC

COMPRE  
SEGURÓ  
PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
AG. JOSÉ PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luciano W. Cruz</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>02/06/18</u>	Cirurgião: <u>D. Edson Tavares</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<u>1º Ex. lux. esp. do 5º P.D.P Enquadrado</u> <u>2º luxação ext. de punho mole do</u> <u>calcânea (F)</u>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<u>1º O mesmo</u>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<u>1º TRO - luxação</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico      1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva:   13 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Biópsia de Congelação:      1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## Receituário

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA  
Data: 02/06/2018 00:40:58  
Sexo Masculino  
CPF: Não Informado  
Idade: 31  
BAE: 1085652

### AO ORTOTRAUMA MANGABEIRA

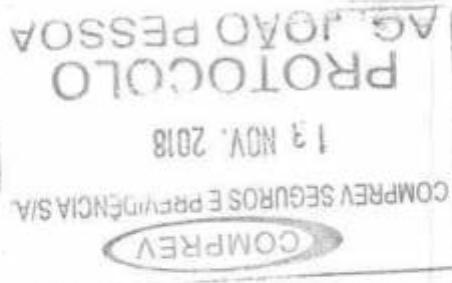
PACIENTE COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM REGIAO DO CALCANEU  
ESQUERDO + LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5 PDE.  
REALIZADO GENTAMICINA 80MG + CEFALOTINA 1G + CETOPROFENO 100MG + DIPIRONA  
1G  
CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

## Receituário

Paciente: LUCIANO WANDERLEY CRUZ DE OLIVEIRA  
Data: 02/06/2018 00:40:58  
Sexo Masculino  
CPF: Não Informado  
Idade: 31  
BAE: 1085652

### AO ORTOTRAUMA MANGABEIRA

PACIENTE COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM REGIAO DO CALCANEU  
ESQUERDO + LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5 PDE.  
REALIZADO GENTAMICINA 80MG + CEFALOTINA 1G + CETOPROFENO 100MG + DIPIRONA  
1G  
CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.



COMPREVSEGUROS E PREVIDENCIAS/A

13 NOV. 2018

COMPREV

Arao S. de Alencar  
Ortopedico  
03/06/2018

Dr. ARAO SANTOS DE ALENCAR  
7967/PB

Dr. ARAO SANTOS DE ALENCAR  
7967/PB

Arao S. de Alencar  
Ortopedico  
03/06/2018

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

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

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/06/14

Nome: Guilherme W. Silveira 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: Parente, vítima de acidente, manifestava queixa  
ndo-se com dor calcanea esquerda + ferimento  
contuso em região do 5m + T  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Medicações em uso: Ning

### 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: \_\_\_\_\_

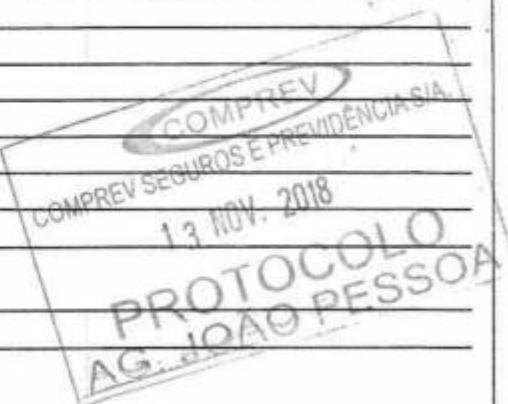
AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
 [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]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-reposo [ ]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 com D.DH nclua Anestesia.  
Analgésico + Antialgésico.  
Aparição de campo estéril.

### Incisão:

of

### Achados:

6 FX bix. exp do 5º PON esquerdo + lesão extensa de partes moles da região do calcâneo. (E) nta acometimento estrutural tendônico e óssea do calcâneo.

### Conduta:

6 Emprego Exclusivo com SIRO 9%  
6 Redução anatômica cirúrgica + fixação com Fxo de K do 5º PON (E), não guiado pelo osso. O mesmo está quebrado.

6 Emprego com SIRO 9%.

6 Ectomamento de partes moles por planos e pele.

6 Liquefação óssea.

6 Monobilização.

6 Suturação RL de contínuo.

### Fechamento:

OBS: Ossificação eletrada no momento.

CD orientado pr. Edson Tenório

Data: 02/06/17

DR. C. B. Bezerra  
LICO  
OP. 11226  
MEDICQ/CRM

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.  
13 NOV. 2018

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

Verificar Reperfusão do 4º/5º PON, risco de necrose

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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, JS

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): NDN

Gânglios: NDN

Pele: NDN

ACV: NDN

AR: NDN

ABD: NDN

AGU: NDN

SME: NDN

SN: Neurovascular preservado

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

1. Radiografia

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

Hipóteses Diagnósticas:

1. Fractura do SMT com quebra

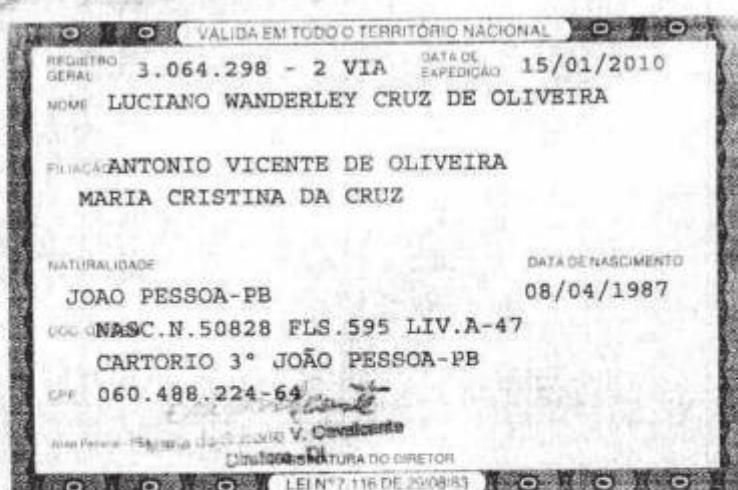
2. Fratura extensa de tanto lado do calcâneo

Conduita: 1. IMC + Nefrotônico + redução anatômica

+ fixação com fios de K

3. Aloïdose secundária SIN

4. Aumentada por 1º Edson Tenaco



COMPREV  
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A  
19 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      **Data do acidente:** 01/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E OLIVEIRA      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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**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      **Data do acidente:** 01/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E OLIVEIRA      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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# 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

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA