

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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371315

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA SOUZA DO AMARAL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371315

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SILVANA SOUZA DO AMARAL

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

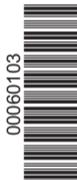
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 533756.294-78	Nome completo da vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL	CPF: 533756.294-78			
Profissão: DO LAN	Enderço: R. RAFAEL CORREIA	Número: 344	Complemento:	
Bairro: ODIÂNDIA	Cidade: SANTA RITA	Estado: PB	CEP: 58300-000	Tel.(DDD): 83 4341-2316
E-mail: CONSULT-LUS.ADVOCADOSE@GMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1914**

CONTA: **538565**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: **FORA PESSOA/PB, 31/09/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV COMPREV
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

17 ABR 2019 AG. PROTOCOLO PREVIDÊNCIAS/A
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Maria Cinthia Gilo da Silveira

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

133756.294-78

Nome completo da vítima:

SILVANA SOUZA DO AMARAL

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL	CPF: 133756.294-78		
Profissão: DO LAR	Endereço: R RAFAEL CORREIA	Número: 344	Complemento:
Bairro: ODIÂNDIA	Cidade: SANTA RITA	Estado: PB	CEP: 58300-000
E-mail: CONSULT.LJZ.ABOGADOS@gmail.com		Tel.(DDD): 83 4343-2336	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 OPCIÃO 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: 1914

CONTA: 138565

(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 do 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: Forte Pearson PB, 31/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV
Signature
Firma
Signature
Firma

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOSÉ PESSOA
10 JUN. 2019
FROUZO PESSOA

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 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.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190281024
Nome do(a) Examinado(a): Silvana Souza do Amaral
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Rafael Correia, S/N
Popular Santa Rita PB CEP: 58301-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4414306
Data local do acidente: [28/10/2018]
Data local do exame: [13/05/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE MÉDIO COM FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEA À DIREITA COM OTORRAGIA À DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM TRATAMENTO CLÍNICO MEDICAMENTOSO COM INTERNAMENTO HOSPITALAR.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 10/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO EXCETO CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, CEFALEIA E DOR NO OUVIDO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03779.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03779.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:30 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Silvana Souza do Amaral**, CPF nº 133.756.294-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Severina Nunes de Souza e Jose do Amaral, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 18/03/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael Correia, N° 44, bairro Odilândia, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98775-8415.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Água Mineral Platina, Santa Rita/PB, bairro Planalto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/10/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA NOITE DO DIA 28/10/2018, POR VOLTA DAS 20:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2009/10, PLACA NPW-9410/PB, CHASSI 9C2KC1550AR014906, REGISTRADA EM NOME DE ERIVAN DE SOUZA AMARAL, PORTADOR DO CPF 131222754-06, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO PROPRIETÁRIO O QUAL SE ENCONTRA PRESENTE A ESTA SALA E RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 230, SANTA RITA/PB, ALTURA DA ÁGUA MINERAL PLATINA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A SOLO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARES ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S06.9 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE.

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, 05 de abril de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

SILVANA SOUZA DO AMARAL
Noticiante





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03779.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03779.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:30 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Silvana Souza do Amaral**, CPF nº 133.756.294-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Severina Nunes de Souza e Jose do Amaral, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 18/03/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael Correia, Nº 44, bairro Odilândia, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefones(s) para contato (83) 98775-8415.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Água Mineral Platina, Santa Rita/PB, bairro Planalto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/10/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA NOITE DO DIA 28/10/2018, POR VOLTA DAS 20:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2009/10, PLACA NPW-9410/PB, CHASSI 9C2KC1550AR014906, REGISTRADA EM NOME DE FRIVAN DE SOUZA AMARAL, PÔRTADOR DO CPF 131222754-06, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO PROPRIETÁRIO O QUAL SE ENCONTRA PRESENTE A ESTA SALA E RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 230, SANTA RITA/PB, ALTURA DA ÁGUA MINERAL PLATINA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A SOLO, QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARS ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S06.9 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE.

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, 05 de abril de 2019.

José Rodrigues
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

10 JUN. 2019
COMPREV
COMPREV / PREVIDÊNCIA S/A

FRUTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Silvana Souza do Amaral
SILVANA SOUZA DO AMARAL
Noticiante
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 03779.01.2019.1.00.401

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: 533756.294-78	Nome completo da vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL	CPF: 533756.294-78			
Profissão: DO LAN	Enderço: R. RAFAEL CORREIA	Número: 344	Complemento:	
Bairro: ODIÂNDIA	Cidade: SANTA RITA	Estado: PB	CEP: 58300-000	Tel.(DDD): 83 4341-2316
E-mail: CONSULT-LUS.ADVOCADOSE@GMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1914**

CONTA: **538565**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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: **FORA PESSOA/PB, 31/09/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV COMPREV
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

17 ABR 2019
PROTÓCULO
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Maria Cinthia Gilo da Silveira
Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

133756.294-78

Nome completo da vítima:

SILVANA SOUZA DO AMARAL

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL	CPF: 133756.294-78		
Profissão: DO LAR	Endereço: R RAFAEL CORREIA	Número: 344	Complemento:
Bairro: ODIÂNDIA	Cidade: SANTA RITA	Estado: PB	CEP: 58300-000
E-mail: CONSULT.LJZ.ABOGADOS@gmail.com		Tel.(DDD): 83 4343-2336	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 OPCIÃO 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: 1914

CONTA: 138565

(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 do 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: Forte Pearson PB, 31/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV
Signature
Firma
Signature
Firma

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOSÉ PESSOA
10 JUN. 2019
FROUZO PESSOA

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 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, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1118456

**Identificação do paciente**

ID 1340222	Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19 anos 7 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 111939
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA			Pai	JOSE DO AMARAL
Escolaridade			Responsável (Parentesco)	- O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX		CBO/R	

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento		Bairro GAMELEIRA

Admissão

Data e Hora 28/10/2018 21:12:32	Número da pulseira 1000006944031	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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						

Imprimir

COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
17 ABR. 2019
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
TÉCNICO
ESTADUAL



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1118456



Identificação do paciente

ID 1340222	Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19 anos 7 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Pontuário 111939
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA				Pai JOSE DO AMARAL
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cnes		
Local de procedência SANTA RITA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R		

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro GAMELEIRA	

Admissão

Data e Hora 28/10/2018 21:12:32	Número da pulseira 1000006944031	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	

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendida por
ILMA VIEIRA DA SILVA

.. TIM

Página 1 de 4

TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553-Sobr 01.
Cruz dos Almox - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - IE: 1E126.112-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

R\$ 49,90

VENCIMENTO
10/02/2019

EMISSÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/DEZ A 18/JAN

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de seu Razão Social para "TIM S.A.", não ocorrendo qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.

VALOR

 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitada	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todos os seus ligações de voz realizadas na área coberta	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	13m18s	8	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Celulares	-	120m00s	45	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Telef. Fixas	-	10m24s	2	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	01m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 1034!

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [meutim.com.br](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital.

IMPOSTO TIM S.A. ALIQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST R\$ 0,21
ICMS 30% R\$ 16,00 R\$ 10,50 FUNTEL R\$ 0,12
Fiscofins - Serviços Telecom 3,65%
Fiscofins - Serviços Não Telecom 9,25%

Em cumprimento à Lei 12.741/2012
As contribuições no FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são responsáveis de tarifa.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Voz e de Internet (IVX)

Inclusões no(s) Plano(s)

Franchise	R\$ 16,00
SVA	R\$ 14,90
Descontos Franchise	R\$ 0,00
Descontos SVA	R\$ 0,00

COMPRE
PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
ABR. 2018

REVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o Central de Atendimento TIM.



NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JAN/2019	19/01/2019	10/02/2019	R\$ 49,90

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de lavratura de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gólio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA SOUZA DO ANANAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima SILVANA SOUZA DO ANANAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

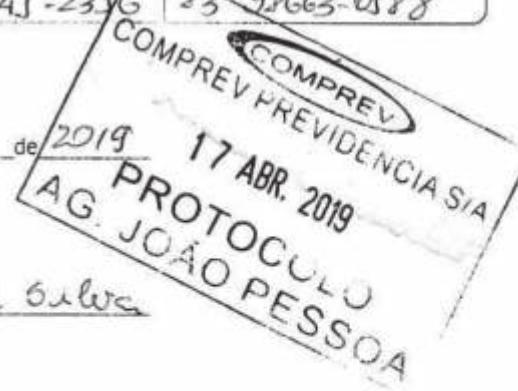
Recuso informar

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 sancão penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Hr. Capitão José Pessoa</u>	Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>JAGUARIBE</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PR</u>
Email <u>CONSULT-JUS.ANDGADOS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>83 4541-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 31 de ABRIL
Local e Data



Maria Cinthia Gólio da Silveira
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Guto da Silveira, inscrita (a) no CPF sob o Nº 051.690.444-29,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA SOUZA DO AMARAL, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.756.294-78, do sinistro de DPVAT cobertura IMPACIDEZ, da Vítima
SILVANA SOUZA DO AMARAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294-78, 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 à 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	Hr. Capitão José Pessoa	Número	602
Bairro	VAGAZIPE	Cidade	João Pessoa
Email	CONSULT-JVS.AMIGOS@GMAIL.COM	Estado	PB
		Telefone comercial (DDD)	83 4541-2316
		Telefone celular (DDD)	83 97663-0578

João Pessoa 11 de ABRIL
Local e Data

de 2019

Maria Cinthia Guto da Silveira
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA AMARAL,

RG nº 4.353.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão SS DS/PB, portador do CPF nº 131.222.754-06, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. RAFAEL CORREIA, nº 44,
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 SILVANA SOUZA DO AMARAL, cujo o condutor era
ERIVAN DE SOUZA AMARAL.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG 150 Fan ESI

Ano: 2009/2010

Placa: NPW 9410 /PB

Chassi: 9E2KC1550A2014906

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: Jauá Pernas, 05.04.19

Erivan de Souza Amaral

Assinatura do Declarante

Erivan de Souza Amaral

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



2º OFÍCIO DE NOTAS • REGISTRO DE IMÓVEIS

SANTA RITA - PARAÍBA

PROTEÇÃO CIVIL DA SANTARITA - PB - FONE: 83 3249-1100



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) da(s) ...
ERIVAN DE SOUZA AMARAL
Em test da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexandre Rolim Dantas - Escrivente
[2019-0011168]EMOL:R\$ 89,91 FARPEI:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: ADH46672-UE3Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexandre Rolim Dantas

Escrivente Autorizado





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1118456



Identificação do paciente

ID 1340222	Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19 anos 7 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Pontuário 111939
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA				Pai JOSE DO AMARAL
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cnes		
Local de procedência SANTA RITA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R		

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro GAMELEIRA	

Admissão

Data e Hora 28/10/2018 21:12:32	Número da pulseira 1000006944031	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	

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []
Dados clínicos

Sangue []

Urina []

TC []

Líquor []

ECG []

Ultrasonografia []

Diagnóstico

Atendida por
ILMA VIEIRA DA SILVACOMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 JUN. 2019COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Impresso
AG. JOÃO PESSOAPROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

.. TIM

Página 1 de 4

TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553-Sobr 01.
Cruz dos Almox - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - IE: 1E126.112-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

R\$ 49,90

VENCIMENTO
10/02/2019

EMISSÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/DEZ A 18/JAN

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de seu Razão Social para "TIM S.A.", não ocorrendo qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.

VALOR

 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitada	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todos os seus ligações de voz realizadas na área coberta	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	13m18s	8	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Celulares	-	120m00s	45	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Telef. Fixas	-	10m24s	2	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	01m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 1034!

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [meutim.com.br](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital.

IMPOSTO TIM S.A. ALIQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST R\$ 0,21
ICMS 30% R\$ 16,00 R\$ 10,50 FUNTEL R\$ 0,12
Fiscofins - Serviços Telecom 3,65%
Fiscofins - Serviços Não Telecom 9,25%

Em cumprimento à Lei 12.741/2012
As contribuições no FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são responsáveis de tarifa.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Voz e de Internet (IVX)

Inclusos no(s) Plano(s)

Franchise	R\$ 16,00
SVA	R\$ 14,90
Descontos Franchise	R\$ 0,00
Descontos SVA	R\$ 0,00

COMPRE
PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
ABR. 2018

REVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o Central de Atendimento TIM.



NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JAN/2019	19/01/2019	10/02/2019	R\$ 49,90

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de lavratura de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gólio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA SOUZA DO ANANAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima SILVANA SOUZA DO ANANAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

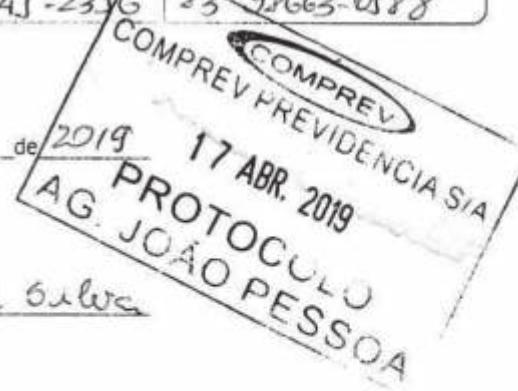
Recuso informar

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 sancão penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Hr. Capitão José Pessoa</u>	Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>JAGUARIBE</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PR</u>
Email <u>CONSULT-JUS.ANDGADOS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>83 4541-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 31 de ABRIL
Local e Data



Maria Cinthia Gólio da Silveira
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Guto da Silveira, inscrita (a) no CPF sob o Nº 051.690.444-29,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA SOUZA DO AMARAL, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.756.294-78, do sinistro de DPVAT cobertura IMPACIDEZ, da Vítima
SILVANA SOUZA DO AMARAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.756.294-78, 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 à 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	Hr. Capitão José Pessoa	Número	602
Bairro	VAGAZIPE	Cidade	João Pessoa
Email	CONSULT-JVS.AMIGOS@GMAIL.COM	Estado	PB
		Telefone comercial (DDD)	83 4541-2316
		Telefone celular (DDD)	83 97663-0578

João Pessoa 11 de ABRIL
Local e Data

de 2019

Maria Cinthia Guto da Silveira
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA AMARAL,

RG nº 4.353.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão SS DS/PB, portador do CPF nº 131.222.754-06, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. RAFAEL CORREIA, nº 44,
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 SILVANA SOUZA DO AMARAL, cujo o condutor era
ERIVAN DE SOUZA AMARAL.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG 150 Fan ESI

Ano: 2009/2010

Placa: NPW 9410 /PB

Chassi: 9E2KC1550A2014906

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: Jauá Pernas, 05.04.19

Erivan de Souza Amaral

Assinatura do Declarante

Erivan de Souza Amaral

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



2º OFÍCIO DE NOTAS • REGISTRO DE IMÓVEIS

SANTA RITA - PARAÍBA

PROTEÇÃO CIVIL DA SANTARITA - PB - FONE: 83 3249-1100



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) da(s) ...
ERIVAN DE SOUZA AMARAL
Em test da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexandre Rolim Dantas - Escrivente
[2019-0011168]EMOL:R\$ 89,91 FARPEI:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: ADH46672-UE3Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexandre Rolim Dantas

Escrivente Autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA ANARAL,
RG nº 4.313.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão: SS DS PB, portador do CPF nº 131.222.759-06 com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. RAFAEL CORREIA, nº 44,
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 SILVANA SOUZA DO ANARAL, cujo o condutor era
ERIVAN DE SOUZA ANARAL.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Fan ESI
Ano: 2009/2010
Placa: N7W 9410 PB
Chassi: 9E2KC1550A2014906
Data do Acidente: 05/04/19
Local e Data: Fazenda Pernas, 05.04.19

Erivan de Souza Anaral
Assinatura do Declarante

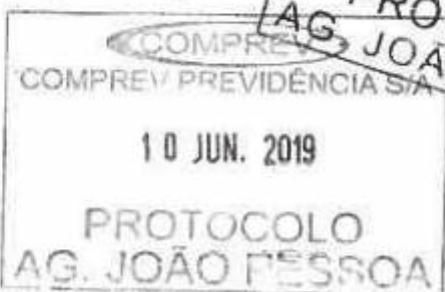
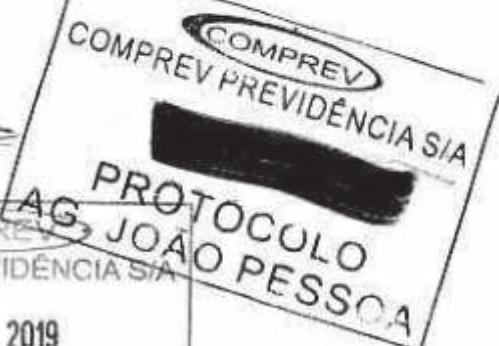
Erivan de Souza Anaral

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



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ERIVAN DE SOUZA ANARAL
En test da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexsandro Rolim Dantas - Escrivente
[2019-001168]EMOL:R\$ 9,91 FARFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: ATR46672-UETY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrivente Autorizado





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1118456 e PRONTUÁRIO nº 111939

PACIENTE: SILVANA SOUZA DO AMARAL

DATA DE NASCIMENTO: 01.01.98

Data e Hora do Atendimento: 28.10.18

Horário: 21:12h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta trazido para este serviço por terceiros, com quadro de TCE, desorientada, com otorragia direita, e escoriações difusas. Atendido pelo Dr. José Lopes CRM 6676, Dr. Helton Veloso CRM 7113, Dr. Mauro Guerra CRM 6018, Dra. Ana Virginia Costa CRM 4417, Dr. Thiago Gomes Martins CRM 7624.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + FRATURA PARIETO TEMPORAL MASTOIDEA DIREITA CID 10 S 06 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Tomografia computadorizada de crânio, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP, Rx da bacia AP e Perfil, Ultrassonografia de abdome e tratamento clínico conservador com orientação de acompanhamento ambulatorial no HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 05.11.18 às 7:48h.

Data da Emissão: 18.03.19

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 ABR. 2019
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
DR. GLENDERTÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CIVIL HETSHL
CRM-3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1998		Idade 20a 9m 28d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 90000000
Mae NAO DECLARADA				Prontuário
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN - ORILANDIA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional HELTON VELOSO DE MOURA	Nº Cons. Regional 7113/PB
Data/Hora Classificação 28/10/2018 21:12:32			Data/Hora Prescrição 28/10/2018 21:43:45	

Anamnese

paciente vítima de queda de moto, trazida por terceiros, sem protocolo de imobilização. Paciente não identificada. Insciente, desorientada. Glasgow=10. Presença de otorragia direita. Escoriações difusas por membros. Tórax sem lesões. Abdome plano, flácido, indolor à palpação. Ausência de déficit motor. PA=160x80mmHg.

CD: Solicito TC Crânio + Rx Coluna Cervical, Tórax e Bacia + FAST +avaliação da Neurocirurgia + avaliação da Ortopedia

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: APENAS HB/HTO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)

PACIENTE NAO IDENTIFICADO



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SILVANA SOUZA DO AMARAL	1118456	28/10/2018 21:12:32	
Data de nascimento	Idade		Telefone de Contato
18/03/1999	19a 7m 11d		(83) 988772919
Mãe			Prontuário
SEVERINA NUNES DE SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, SN	GAMELEIRA	LUCENA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
28/10/2018 21:12:32		29/10/2018 10:43:21	

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO.
 O EXAME: OTORRAGIA A DIREITA, GLASGOW 13, PARESIA FACIAL PERIFERICA A DIREITA, SEM DEFICIT
 MOTOR APENDICULAR SEGNIFICATIVO, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
 TC DE CRANIO: FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEA A DIREITA
 CD: EXAMES DE SANGUE+INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA, (OBSERVAÇÕES: BOLSA DE COLOSTOMIA NO OUVIDO DIREITO+DECUBITO LATERAL
EQUERDO+REPOUSO NO LEITO)

HGT 8/8HS

EXAME LABORATORIAL

Boletim registrado por: BONYEK PERREIRA RAMALHO em 28/10/2018 21:13:22

CALCIO SERICO

MAGNESIO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PE

Enderes: 7. w.
Tel: 32165700

CNES-2458276

Paciente SILVANA SOUZA DO AMARAL	BAE 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Baixa
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19a 7m 11d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988772919
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA			Prontuário
Endereço PROJETADA, SN	Bairro GAMELEIRA	Município LUCENA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 28/10/2018 21:12:32	Data/Hora Prescrição 29/10/2018 09:10:31		

Anamnese

namense CIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 12H (QUEDA), APRESENTA DOLORAÇÕES EM MMSS E MMII. NÃO SABE INFORMAR O QUE ACONTECEU; HISTÓRIA COLHIDA PELA FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL. NEGA QUEIXAS CLÍNICAS NO MOMENTO. NÃO SABE INFORMAR SOBRE PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS; NEGA TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MMII. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME E PNEUMOTÓRAX. RX DE BACIA SEM FRATURAS. FAST SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO. EXAME= EGR, EUPNÉICA, CORADA, ACIANÓTICA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLAR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADA DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + PRESCREVO SAT + AOS CUIDADOS DA NEURO.

MEDICACÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)
/OBSEVAÇÕES: OBSERVAR POR 2H)

CID10

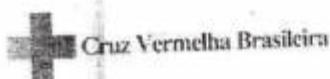
Código	Descrição
F41.9	Traumatismo não especificado

Sanduta

Em observação + liberada da ci-oral

SUZYANA SOUZA DO AMARAL

~~ANALYST~~
ANA VIRGINIA LIMA D'ANCOSTA RIBEIRO
(-0017/PB)



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 2458276

Paciente SILVANA SOUZA DO AMARAL	BAE 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Baixa
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19a 7m 11d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988772919
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA			Prontuário
Endereço PROJETADA, SN	Bairro GAMELEIRA	Município LUCENA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 28/10/2018 21:12:32		Data/Hora Prescrição 29/10/2018 00:39:18	

Anamnese

LITRAUMA

G10, PIFR, OTORRAGIA DIREITA
 TC: FRATURA TIPO 1 DE MASTÓIDE, SEM HEMATOMA INTRACRANIANO

CD:

1. INTERNAÇÃO
2. TC CONTROLE
3. SEM INDICAÇÃO DE CIRURGIA NO MOMENTO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

AMIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

Pelelo registrado por: BONYEK PERREIRA RAMALHO em 28/10/2018 21:13:22

POTASSIO

SODIO

UREIA

EXAME DE IMAGEM

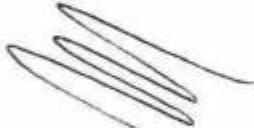
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
S06.2	Traumatismo cerebral difuso

Conduta

Internar Paciente

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)

SILVANA SOUZA DO AMARAL



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: JOSÉ LOPES
DE SOUSA FILHO
Em: 05/11/2018 07:49:11

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
SILVANA SOUZA DO AMARAL		1118456	28/10/2018 21:12:32	
Data de nascimento	Idade	Sexo		Prontuário
18/03/1999	19	Feminino	CNS	111939
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:
28/10/2018 21:12:32	29/10/2018 11:13:22	7d 10h 37min		2d 13h 16min

Evolução médica (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 05/11/2018 07:48:53)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

NEUROCIRURGIA

TCE MODERADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO

FRATURA PARIETO- TEMPORO- MASTOIDEA A DIREITA

CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ESTAVEL E COM MELHORA NEUROLOGICA PROGRESSIVA

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

AO EXAME:

NEGA CEFALÉIA, GLASGOW 14, DISCRETA OTORRAGIA DIREITA

PARESIA FACIAL PERIFERICA A DIREITA

SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR SIGNIFICATIVO

AFEBRIL, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

EXAMES LABORATORIAIS OK

TC CONTROLE 31/10 E 03/11 COM CONTUSÃO EM ABSORÇÃO

CD: ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAR NO HTOP

REABILITAÇÃO - FISIOTERAPIA MOTORA.

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO



Número Conselho: 6676

Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUIZ
GUSTAVO DE BARROS
CORREIA
Em: 02/11/2018 07:57:50

Paciente SILVANA SOUZA DO AMARAL	Boletim de Atendimento 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19	Sexo Feminino	CNS 111939
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Internação 29/10/2018 11:13:22	Permanência na Unidade: 4d 10h 45min	Permanência no Leito: 2d 8h 59min

Evolução do Paciente (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 02/11/2018 07:57:16)

Evolução do Paciente

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

Segue ventilando espontaneamente. Ar ambiente. Mantém boa oximetria periférica. Macrohemodinâmica estável, sem uso de aminas vasoativas. Sem mottling. Sem eventos epileptiformes. BPS < 3 pontos. Apirética. Glicemias estáveis. Dieta bem tolerada. Leucometria normal, sem DHE nos últimos exames laboratoriais.

Motivos de Internação

- 1 TCE
- 2. ACIDENTE MOTO
- 3. FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEIA A DIREITA

Motivo de permanência (Intercorrências)

- 1 MONITORAÇÃO NEUROLOGICA

Impressão Clínica

Descrição:

ESTÁVEL

Antibióticos

- 1 CEFALOTINA EM 28.10.18

Dr. Luiz Gustavo César
MEDICINA INTENSIVA
CRM 8684-PB

Checagem de Metas

Evolução: DECUBITO ELEVADO, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE ESCALA DE RASS: NENHUM

Sistema Respiratório

ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA FR: 15,00 SECREÇÕES: NENHUM

Sistema Cardiovascular

FC: 62,00 PA: 125/66 SPO₂: 97,00

Evolução: PULSOS PERIFÉRICOS EXAME FÍSICO: RCR,2T

Sistema Neurológico

AQ: ABERTO -4 RV: ORIENTADO -5 RM: OBEDIENCE COMANDOS - 6

Evolução: PUPILAS: NORMAIS

Sistema Digestivo/Nutricional

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO FORTE
DE OLIVEIRA NETO
Em: 30/10/2018 23:44:04

Paciente SILVANA SOUZA DO AMARAL	Boletim de Atendimento 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19	Sexo Feminino	CNS 111939
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Internação 29/10/2018 11:13:22	Permanência na Unidade: 2d 2h 32min	Permanência no Leito: 46min

Evolução do Paciente (JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO - 30/10/2018 23:43:42)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE PROCEDENTE DA AREA AMARELA ONDE FOI INTERNADA EM 28.10.18, POS TCE E VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEIA A DIREITA E COM G=13 NA CHEGADA AO HOSPITAL, COM OTORRAGIA A DIREITA+PARESIA FACIAL PERIFERICA DIREITA SEM DEFICIT MOTOR E COM PUPILAS NORMAIS. EDEMA CEREBRAL DE PEQUENA EXPRESSAO. DEU ENTRADA NESTA UNIDADE LUCIDA INQUIETA SEM SINAL FOCAL COM DISCRETA OTORRAGIA DIREITA. APIRETICA COM HEMODINAMICA ESTAVEL, RESPIRANDO ESPONTANEO E CONFORTAVEL EM AR AMBIENTE. CONDUTA CONSERVADORA PELA NCR.

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- 1. MONITORAÇÃO NEUROLOGICA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 1. POLITRAUMA COM TCE

IMPRESSÃO CLÍNICA

Descrição:

ESTAVEL

ANTIBIÓTICOS

- 1. CEFALOTINA EM 28.10.18

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO

ESCALA DE RASS: 1 INQUIETO

EXAME FÍSICO: PULMOES LIVRES

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA

SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 66.00

PA: 110/67MMHG

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR,2T

SISTEMA NEUROLÓGICO

PO: ABERTO -4

RV: CONFUSO 4

RM: OBEDIENCE COMANDOS - 6

EVOLUÇÃO:

PUPILAS: NORMAIS



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 30/10/2018 11:37:36

Paciente SILVANA SOUZA DO AMARAL		Boletim de Atendimento 1118456	Data/Hora Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 111939
Tempo de Internação:		Convênio SUS		Plantão DIL'RN
Data de Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Internação 29/10/2018 11:13:22	Permanência na Unidade: 1d 14h 25min		Permanência no Leito: 1d 24min

Evolução Médica (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 30/10/2018 11:37:17)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

NCR

TCE-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEA A DIREITA)

Ao Exame:

NEGA CEFALÉIA,GLASGOW 14,DISCRETA OTORRAGIA DIREITA,PARESIA FACIAL PERIFERICA A DIREITA,SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR SIGNIFICATIVO,AFEBRIL,EUPNEICA,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:CONSERVADORA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 07
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL		Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 16d	Sexo FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito POSTO II - ENF 17 / 0004 - ORTOPEDIA			Validade 03/11/2022
Convenio SUS		Matrícula			
					Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32
					Data da internação: 29/10/2018 11:13:22

	Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1	DIETA	0,0			ORAL	
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML			
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
5	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
6	CEFALOTINA 1G	1000,0	MG	Observação:DILUIR EM AD	E.V.	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	0,0		Observação:PARALISIA FACIAL TRAUMATICA		
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0				
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				
10	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0				

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
CRM: 6676

Reimp

Assi

17/4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: SILVANA SOUZA DO AMARAL	Data de: 18/03/1999	Idade atual: 19a 7m 14d	Sexo: FEMININO	Nº: 11184
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito UTI ADULTO ENF-31-0012			Validade d: 02/11/2018
Convenio: SUS	Matricula			
				Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32
				Data da Internação: 29/10/2018 11:13:22

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1 DIETA	0,0			ORAL	
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML			
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
6 CEFALOTINA 1G	1000,0	MG	Observação:DILUIR EM AD	E.V.	
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0				
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				
9 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0				

LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA
CRM: 8684

Assinatura:

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SÉNACOM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	SILVANA SOUZA DO AMARAL	Data de:	18/03/1999	Idade Atual:	19a 7m 13d	Sexo:	FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento:	Enfermaria / Leito UTI ADULTO ENF 31 / 0012							Validade c 01/11/2020
Convenio: SUS						Matricula		
						Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32	Data da Internação: 29/10/2018 11:13:22	

	Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1	DIETA	0,0			ORAL	
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V	
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML			
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
5	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
6	CEFALOTINA 1G	1000,0	MG	Observação:DILUIR EM AD	E.V.	
7	AFERIR PA E FC	0,0				
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0				
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				
10	HGT 8/8HS	0,0				
11	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0				

Reimpres

LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA
CRM: 8684

Assin

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL				Data de 18/03/1999	Idade a ls ^t 19a 7m 13d	Sexo FEMININO	N 11
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito UTI ADULTO ENF 31 / 0012			Valida 31/10
Convenio SUS				Matricula			
				Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32		Data da Internação: 29/10/2018 11:13:2	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso		Via de	Veloc. Inf.
1	DIETA	0,0				ORAL	
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML			E.V.	
3	CEFALOTINA 1G	1,0	MG			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
4	CEFALOTINA 1G	1,0	MG			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
5	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
6	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
7	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
8	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				

Re

JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO
CRM: 1571

*Sra. Adelina Figueiredo da Silva
E. Ferreira
COREN 113622*

PREScrição MÉDICA

Nome: SILVANA SOUZA DO AMARAL				Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 13d	Sexo FEMININO	Nº 11
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito UTI ADULTO ENF 31 / 0012			Validade 31/10/2018
Convenio SUS				Matricula			
				Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32		Data da Internação: 29/10/2018 11:13:22	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso		Via de	Veloc. Int.
1	DIETA	0,0				ORAL	
2	CEFALOTINA 1G	1,0	MG			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
5	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
6	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML			E.V.	
7	AFERIR PA E FC	0,0					
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0		()			
10	HGT 8/8HS	0,0					
11	HIGIENE ORAL COM ENXAGUANTE PRÓPRIO	0,0					

JOÃO FORTE DE OLIVEIRA NETO

CRM: 1571

PREScrição MÉDICA

Nome: SILVANA SOUZA DO AMARAL	Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 12d	Sexo FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC A / LEITO EXTRA 07			Validade 30/10/2018
Convenio SUS	Matrícula			
				Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32
				Data da Internação: 29/10/2018 11:13:22

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1 DIETA	0,0			ORAL	
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	
3 CEFALOTINA 1G	1,0	MG		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML			
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
6 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
7 AFERIR PA E FC	0,0				
8 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0				
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				
10 HGT 8/BHS	0,0				

Geralda N. de A. Lucena
Enfermeira
COREN: 426.015

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

Rein

As



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL		Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 11d	Sexo FEMININO	Nº 111
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade 29/10/2018
Convenio SUS			Matricula		
			Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32	Data da Internação:	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------

1	DIETA	0,0		ORAL	
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML	E.V.	
3	CEFALOTINA 1G	1,0	MG	E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		
4	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		
5	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML	E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		
6	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		
7	AFERIR PA E FC	0,0			
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0			
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0		Observação: BOLSA DE COLOSTOMIA NO OUVIDO DIREITO+DECUBITO LATERAL EQUERDO+REPOUSO NO LEITO	
10	HGT 8/8HS	0,0			

DE FREITAS GUERRA TERRA

Rein

As

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: SILVANA SOUZA DO AMARAL		Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 11d	Sexo FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade 29/10/2018

Convenio
SUS

Matricula

Data da entrada:
28/10/2018 21:12:32

Data da Internação:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------

1	DIETA ZERO	0,0			NENHUMA
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		
4	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		
5	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		
6	TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		

THIAGO GOMES MARTINS
CRM: 7624

Rein

As



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL		Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 11d	Sexo FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade 29/10/2018

Convenio SUS		Matricula
		Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32
		Data da Internação:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------

1	DIETA ZERO	0,0			NENHUMA
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		
4	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.
	Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		
5	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.
	Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		
6	TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.
	Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		

THIAGO GOMES MARTINS
CRM: 7624

Reim

As



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL	Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 11d	Sexo FEMININO	Nº 1118
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade 29/10/2018
Convenio SUS	Matricula			
			Data da entrada: 28/10/2018 21:12:32	Data da Internação:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------

1	SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML	Observação: OBSERVAR POR 2H	INTRAMUSCULAR
---	--	-----	----	-----------------------------	---------------

Reim

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

Ass

Atendimento: 201831680637

Data Nasc: 18/03/1999 - 19 anos

Paciente: SILVANA SOUZA DO AMARAL

Data Exame: 03/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Aumento das partes moles extracranianas na região parietal direita, sugerindo edema/hematoma subcutâneo.

Fratura nas porções escamosa e petrosa do osso temporal direito, com maior linha de fratura longitudinal na segunda topografia citada e com extensão às células mastoideas e ao ouvido médio.

Pequena área de contusão cortical na periferia do lobo temporal esquerdo, medindo até 1,7 x 1,5 cm nos maiores eixos axiais e associado a um pequeno edema perilesional.

Não há evidências de hematoma intraparenquimatoso ou extra-axial.

Ausência de sinais de hemorragia subaracnóidea.

Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.

Cisternas, fissuras e sulcos corticais de aspecto anatômico.

Compartimento infratentorial do encéfalo sem alterações significativas.

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 03/11/2018 09:46.



Dr. Diego Rodrigues Gonçalves
CRM 7637 - PB

Atendimento: 201831669854

Data Nasc: 18/03/1999 - 19 anos

Paciente: SILVANA SOUZA DO AMARAL

Data Exame: 29/10/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Hematoma subgaleal temporo parietal direito.

Fratura longitudinal da mastoide direita.

Fraturas nas paredes do seio esfenoidal.

Material denso no interior dos seios maxilar esquerdo e esfenoidal.

Fratura temporal direita.

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 29/10/2018 17:25.



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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.414.306
DATA DE EXPEDIÇÃO	22/02/2016
NOME	SILVANA SOUZA DO AMARAL
FILHA(O) DE	JOSÉ DO AMARAL SEVERINA NUNES DE SOUZA
NATURALIDADE	
BAYEUX-PB	
DOC. ORIGEM	
NASC. N. 2.408 FLS. 102 LIV. A 03	
CARTÓRIO SANTA RITA PB	
CNPJ	133.756.294-79
CPF	000.000.000-00
DATA DE Nascimento	18/03/1999
SEXO	M
ESTADO CIVIL	B +
ASSINATURA	
TELEFONE	(83) 9999-80000
EMAIL	silvana.souza@pb.gov.br



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
4.414.306 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/02/2016

NAME SILVANA SOUZA DO AMARAL

FILIAÇÃO JOSÉ DO AMARAL
SEVERINA NUNES DE SOUZA

NACIONALIDADE
BAYEUX-PB

DATA DE NASCIMENTO
18/03/1999

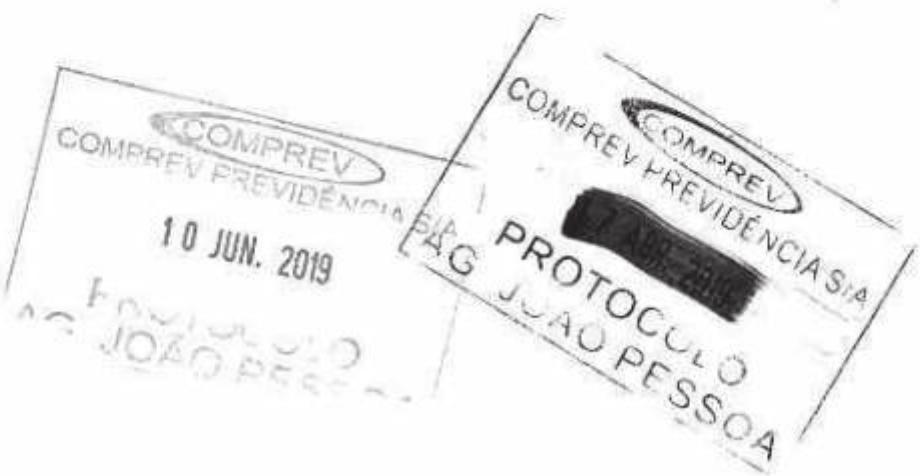
DOC ORIGEM
NASC.N.2408 FLS.102 LIV.A 03
CARTÓRIO SANTA RITA PB

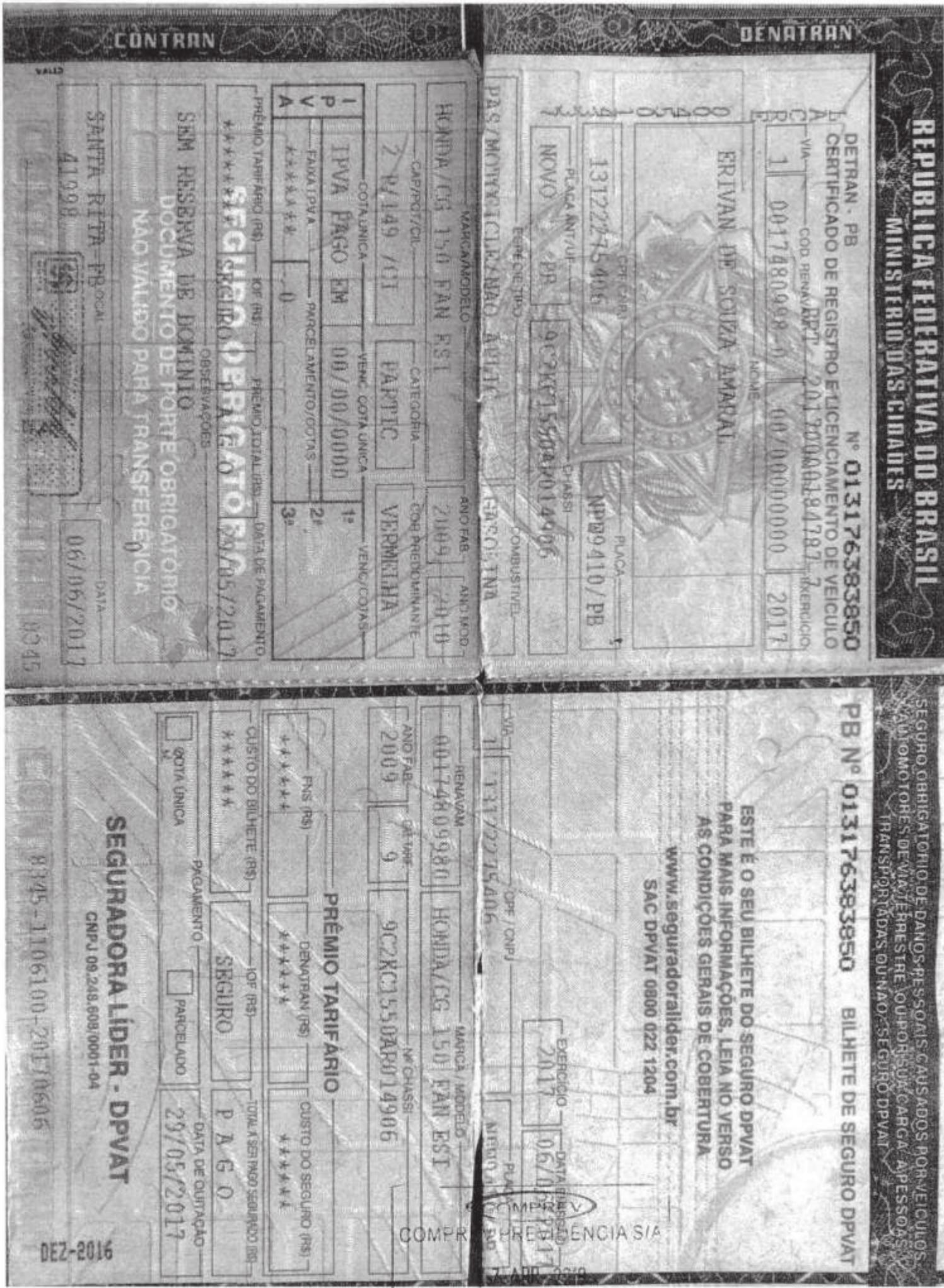
CPF
133.756.294-79

DATA DE NASCIMENTO: 26/08/83
Lote: 001, Lote: 001

B +





PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190281024 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL **Data do acidente:** 28/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE MÉDIO COM FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEA À DIREITA COM OTORRAGIA À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO EXCETO CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, CEFALÉIA E DOR NO OUVIDO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TCE MÉDIO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE TONTURA, CEFALÉIA, DOR NO OUVIDO DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/05/2019

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190281024 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL **Data do acidente:** 28/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE MÉDIO COM FRATURA PARIETOTEMPOROMASTOIDEA À DIREITA COM OTORRAGIA À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO EXCETO CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, CEFALÉIA E DOR NO OUVIDO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TCE MÉDIO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE TONTURA, CEFALÉIA, DOR NO OUVIDO DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190281024 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL **Data do acidente:** 28/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA PARIETO TEMPORAL MASTOIDEA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



GRILLO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SILVANA SOUZA DO AMARAL, brasileiro(a),
 estado civil SOLTEIRA, profissão DO LAR, residente e domiciliado à
 Rua RAFAEL CORREIA, nº 44, bairro UDILÂNDIA, município de SANTA RITA, Estado de(o) PB,
 CEP: 58300-000, portador do RG nº 4434.306 5505/PB e
 CPF nº 133.756.294-78.

OUTORGADO: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295,
 portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.690.444-29, com endereço profissional situado na Av.
 Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a)
 seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante
 do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a)
SILVANA SOUZA DO AMARAL, ocorrido em
28 / 01 / 2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza INVALIDEZ

Podendo o dito(a) procurador(a) representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
 requere, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
 Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação de
 Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem
 precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do
 presente mandado.



João Pessoa, 05 de ABRIL de 2019.

Silvana Souza do Amaral.

OUTORGANTE

CPF Nº 133.756.294-78

COMPREV HFF

COMPREV

ABR. 2019

PROTOCOLO

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



GRILLO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SILVANA SOUZA DO AMARAL, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão DO LIVRO, residente e domiciliado à Rua RAFAEL CORREIA, ODIÂNDIA, município de SANTA RITA, nº 44, bairro CEP: 53300-000, Estado de(o) PB, portador do RG nº 4.434.306 SSP/PB e CPF nº 133.756.294-78.

OUTORGADO: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295, portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.690.444-29, com endereço profissional situado na Av. Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) SILVANA SOUZA DO AMARAL, ocorrido em 28/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza INVALIDEZ

Podendo o dito(a) procurador(a) representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requere, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

João Pessoa, 05 de Abril de 2019.



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAÍBA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) da(s) Páginas:
SILVANA SOUZA DO AMARAL.....
En test da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:25:19
Alessandra Rolim Dantas - Escrivente
[2019-001169]EMOL:R\$ 49,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1H46675-6WV
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OUTORGANTE

CPF Nº 133.756.294-78

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade e autenticidade ou verdadeira.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131284/19

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

CPF: 133.756.294-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2018

Titular do CPF: SILVANA SOUZA DO AMARAL

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
DUT

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

SILVANA SOUZA DO AMARAL : 133.756.294-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195777/19

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

CPF: 133.756.294-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2018

SILVANA SOUZA DO AMARAL

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 médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

SILVANA SOUZA DO AMARAL : 133.756.294-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA