
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 GRILO 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

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 GRILO 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: 133.756.294-78	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: 133.756.294-78	
Profissão: DO LAR	Endereço: R. RAFAEL CORREIA	Número: 344
Bairro: ODILÂNDIA	Cidade: SANTA RITA	Estado: PB
E-mail: CONSULTAUS.ADIAGADOS@GMAIL.COM	CEP: 58300-000	Tel.(DDD): 33 4341-2316

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itau (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914 <input type="checkbox"/> CONTA: 138565 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa/PB, 31/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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 Nº 445/2012

Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL CPF: 133756.294-78
Profissão: DO LAR Endereço: R. RAFAEL CORREIA Número: 344 Complemento: _____
Bairro: ODILÂNDIA Cidade: SANTA RITA Estado: RS CEP: 93300-000
E-mail: CONSULTA-13.ADIUGADOSE@GMAIL.COM Tel.(DDD): 51 3341-2316

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB, 11/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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.

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

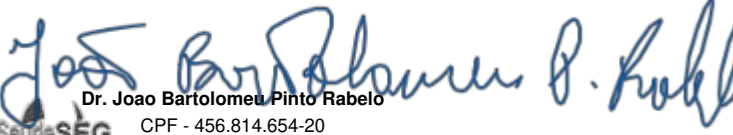
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 HOVE 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, CEFALIA E DOR NO OUVIDO DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





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, 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.**

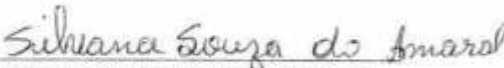
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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. GLENER TÊRCIO 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



Procedimento Policial: 03779.01.2019.1.00.401



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, 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 FRIVAN 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 TERCIO 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

José Rodrigues da Silva Junior
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

Silvana Souza do Amaral
SILVANA SOUZA DO AMARAL
Noticiante



Processamento 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: 133.756.294-78 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: 133.756.294-78
Profissão: DO LAR Endereço: R. RAFAEL CORREIA Número: 344 Complemento: _____
Bairro: ODILÂNDIA Cidade: SANTA RITA Estado: PB CEP: 58300-000
E-mail: CONSULTAUS.ADIAGADOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 4341-2316

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 ☐ CONTA: 138565 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB, 31/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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 Nº 445/2012

Nome completo: SILVANA SOUZA DO AMARAL CPF: 133756.294-78
Profissão: DO LAR Endereço: R. RAFAEL CORREIA Número: 344 Complemento: _____
Bairro: ODILÂNDIA Cidade: SANTA RITA Estado: RS CEP: 93300-000
E-mail: CONSULTA-13.ADIAGADOSE@GMAIL.COM Tel.(DDD): 51 3341-2316

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB, 11/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Silvana Souza do Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

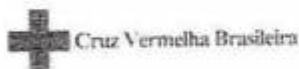
2ª Nome: _____

CPF: _____



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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 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
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA	Religião	Prontuário 111939
Escolaridade	Pai JOSE DO AMARAL	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência SANTA RITA	Nº Cns	Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade BAYEUX	UF PB
		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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

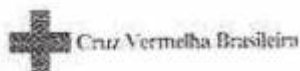
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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



Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA	Religião	Pontuação 111939
Escolaridade	Pai JOSE DO AMARAL	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência SANTA RITA	Nº Cns	UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro PROJETADA
		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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

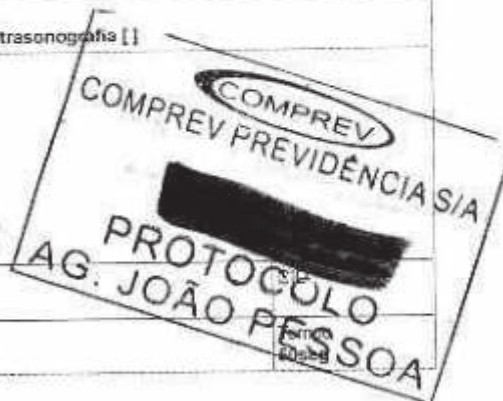
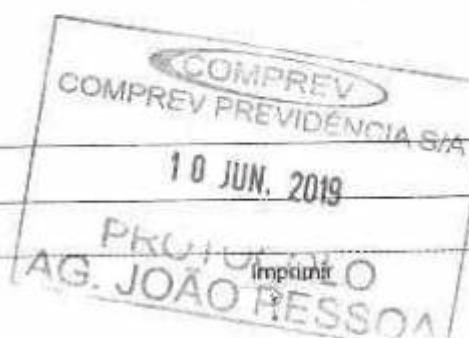
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

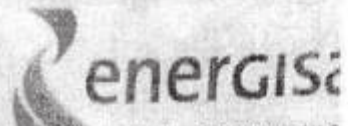
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA



SEVERINA NUNES DE SOUZA
 RUA RAFAEL CORREIA, 44 - CD LÂNDIA
 SANTA RITA / PB CEP: 59500-000 (PG: 1)



Emissão: 08/02/2019 Referência: Fev / 2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 CNPJ: 09.085.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.823

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-68
 Roteiro: 8 - 9 - 972 - 7420 Nº medidor: 00000967660

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: N° 019.977.28
 Cód. para Déb. Automático: 0000122670

SEVERINA NUNES DE SOUZA Nº 0199

FEV / 2019 **08/02/2019** **12/03/2019** **711.713.664-91**
 Insc. Est.

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Taxa de Serviço - Emissão - Débito - Taxa fixada pela Lei
 Não é cobrada para consumidores com consumo inferior a 200 kWh
 Os consumidores que não pagarem a fatura no prazo estabelecido no contrato
 ficarão sujeitos a interrupção do fornecimento de energia elétrica e a multa
 e de todos os dias.

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

Unidade Consumidora: 5/122670-3

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
17 ABR. 2019
AG. JOÃO PESS.

TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553 - Sala 01
Cruz das Almas - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0001-06 - I.E.: 16.126.110-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

--TIM

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMIÇÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

CASSIO ASSIS ESPINOLA

CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA

JAGUARIBE

58015-345 - JOAO PESSOA - PB

IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

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 CONTEÚDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

	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: 10341

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 para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,29
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL	R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços S/A Telecom	9,15%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) incluídos no(s) Plano(s)

Franquia	R\$ 15,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



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

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
19/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/02/2019

VALOR
R\$ 49,90

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

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GILLO DA SILVA 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 INVALIDEZ 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>VAGABO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULTAUS.ADUOGADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4141-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 11 de ABRIL de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Gillo da Silva
Assinatura do Declarante



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/biblioteca/web/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 emitir parecer sobre ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 0.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GUILDA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.690.444 / 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 INVALIDEZ 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 a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Flv. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>VAGABONDE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULT-JUS.ADUOGADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4341-2356</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 11 de ABRIL de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Guilda da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA AMARAL,
RG nº 4.333.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão: SSDS/PB, portador do CPF nº 131.222.754-06, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, 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: UPW 9410 PB
Chassi: 9E2KC1550A2014906
Data do Acidente: 28/10/18
Local e Data: João Pessoa, 05.04.19

Erivan de Souza Amaral
Assinatura do Declarante

Erivan de Souza Amaral

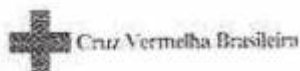
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO DE NOTAS • REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
PRAÇA DEBORA CARVALHO DE LIMA, S/N - CENTRO - SANTA RITA - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de
ERIVAN DE SOUZA AMARAL
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
(2019-001168) EMOL: R\$ 89,91 FARPEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 1,98 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AID46672-UE3Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA	Religião	Pontuação 111939
Escolaridade	Pai JOSE DO AMARAL	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988772919	DDD Fixo
Tipo documento	Nº Cns	Fone Fixo
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro PROJETADA
		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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

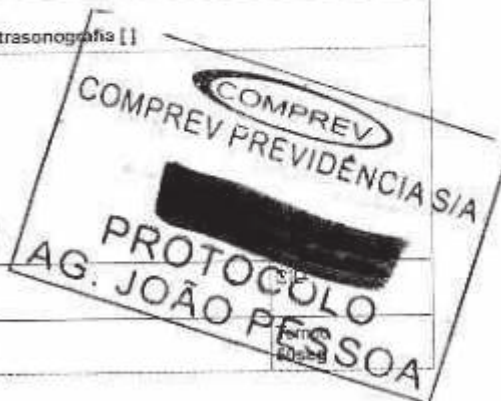
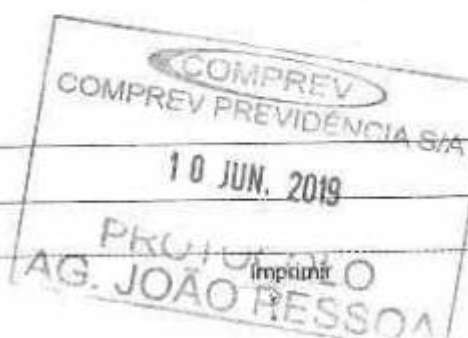
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA



energisat

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S

Dr. Cristó Redondo, João Pessoa/PB - CEP 58071-68

Nº medidor: 00000987660

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 019.877.28

Cód. para Déb. Automático: 0000122670

IRIA NUNES DE SOUZA

0192

Fev / 2019

08/02/2019

12/03/2019

711.713.654-91

Insc Est

MC (Unidade Consumidora)

5/122670-3

Tudo a seguir é de propriedade da L&L e não pode ser usado sem a permissão da L&L.

Quanto à metodologia, a pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados em 100 famílias, selecionadas aleatoriamente, em uma comunidade de baixa renda, localizada no município de São Paulo, no Estado de São Paulo.

Unidade Consumidora

[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESS

TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553 - Sala 01
Cruz das Almas - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0001-06 - I.E.: 16.126.110-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

--TIM

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMIÇÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

CASSIO ASSIS ESPINOLA

CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA

JAGUARIBE

58015-345 - JOAO PESSOA - PB

IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

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

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

TIM Portal CONTEÚDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitada	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades					49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	13m18s	8	-	-	0,00
-	120m00s	45	-	-	0,00
-	10m24s	2	-	-	0,00
-	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: 10341

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 para mudar para Conta Digital!

IMPÓSITO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,29
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL	R\$ 0,32
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços S/A Telecom	9,35%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 15,00
SVA	R\$ 14,90
Descontar(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Descontar(s) SVA	R\$ 0,00



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

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
19/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/02/2019

VALOR
R\$ 49,90

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

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GILLO DA SILVA 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 INVALIDEZ 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>VAGABO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULTAUS.ADUOGADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4141-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 11 de ABRIL de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Gillo da Silva
Assinatura do Declarante



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, receber, examinar e emitir parecer sobre ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 0.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GUILDA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.690.444 / 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 INVALIDEZ 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 a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Flv. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>VAGABONDE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULT-JUS.ADUOGADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4341-2356</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 97663-0588</u>

João Pessoa 11 de ABRIL de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Guilda da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA AMARAL,
RG nº 4.333.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão: SSDS/PB, portador do CPF nº 131.222.754-06, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, 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 ES1
Ano: 2009/2010
Placa: UPW 9410 PB
Chassi: 9E2KC1550A2014906
Data do Acidente: 28/10/18
Local e Data: João Pessoa, 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 - PARAIBA
PRAÇA DEBORA CARVALHO DE LIMA, S/N - CENTRO - SANTA RITA - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de
ERIVAN DE SOUZA AMARAL
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
(2019-001168) EMOL: R\$ 89,91 FARPEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 1,98 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1H46672-UE3Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERIVAN DE SOUZA AMARAL,

RG nº 4.333.400, data de expedição 05/03/2015
Órgão: SSDS/PB, portador do CPF nº 133.222.734-06 com
domicílio na cidade de SANTA RITA no Estado de
PARAIBA 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 For ESI

Ano: 2009/2010

Placa: UPW 9410 PB

Chassi: 9E2KC1550A2014906

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: poço Preto, 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)

PB 2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
JANILSON - PARAIBA
RUA DEBORA OLIVEIRA, 100 - CENTRO - SANTA RITA - PB 56200-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de
ERIVAN DE SOUZA AMARAL
Em test.de verdade. Santa Rita-PB 05/04/2019 10:13:41
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2019-001166]TENDL:R\$ 19.91 FARPEN:R\$ 0.29 FEPJ:R\$ 1.98 ISS:R\$ 0.50
SELO DIGITAL: ATH46672-UE3Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 vítima 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.

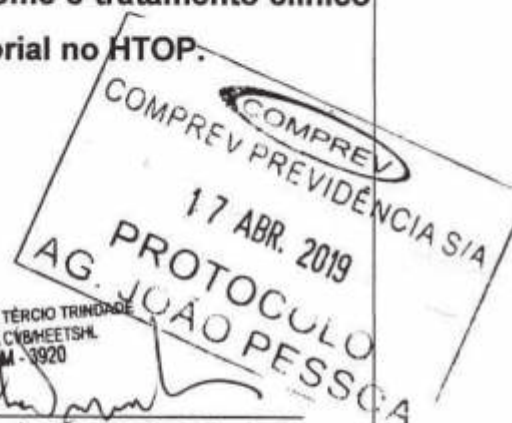
DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + FRATURA PARIETO TEMPORAL MASTOIDEA DIREITA CID 10 S 06 9

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.

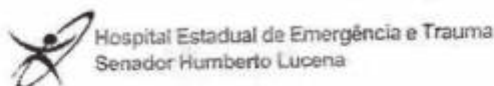
ALTA HOSPITALAR: 05.11.18 às 7:48h.

Data da Emissão: 18.03.19

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



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	CNS	Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe 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. Abdomen 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 CRÂNIO

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

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Dr. Helton Veloso
Cirurgião Geral
CRM-PB 7113

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/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	CNS	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 MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA		Nº Cons. Regional 6018/PB
Data/Hora Classificação 28/10/2018 21:12:32		Data/Hora Prescrição 29/10/2018 10:43:21		

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO.
EXAME: OTORRAGIA A DIREITA, GLASGOW 13, PARESIA FACIAL PERIFERICA A DIREITA, SEM DEFICIT
MOTOR APENDICULAR SEGNIFICATIVO, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
TC DE CRANIO: FRATURA PARIETO TEMPOROMASTOIDEA 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

CÁLCIO SÉRICO

MAGNÉSIO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	CNS	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

CIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 12H (QUEDA). APRESENTA CORIAÇÕES 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, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADA DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + PRESCREVO SAT + AOS CUIDADOS DA NEURO.

MEDICAÇÃO

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

CID10

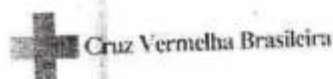
Código	Descrição
S4.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação + liberada da cir. geral

SILVANA SOUZA DO AMARAL

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(4417/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 (81) 988772919
Mãe SEVERINA NUNES DE SOUZA		CNS	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

CLAPIRONA 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

POTÁSSIO

SÓDIO

Prescrição registrada por: BONYEK PERREIRA RAMALHO em 28/10/2018 21:13:22

UREIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
S06.2	Traumatismo cerebral difuso

Conduta

Internar Paciente

SILVANA SOUZA DO AMARAL


THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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 DIURNO	
Data de Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Internação 29/10/2018 11:13:22	Permanência na Unidade: 7d 10h 37min	Permanência no Leito: 2d 13h 16min	

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMIENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NEUROCIRURGIA

TCE MODERADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO

FRATURA PARIETO- TEMPORO- MASTOIDEA A DIREITA

CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ESTÁVEL E COM MELHORA NEUROLÓGICA PROGRESSIVA
AGITAÇÃO PSICOMOTORA

AO EXAME:

NEGA CEFALEIA, 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

DR. JOSÉ LOPES
MEDICINISTA DE UROLOGIA
CRM 10.457/1994 - RJ

Número Conselho: 6676

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700Impresso 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 Saida
Data de nascimento 18/03/1999	Idade 19	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 111939
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 Lector: 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 NEUROLÓGICA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

ESTAVEL

ANTIBIÓTICOS

1. CEFALOTINA EM 28.10.18


Dr. Luiz Gustavo César
MEDICINA INTENSIVA
CRM 8584-PB**CHECAGEM DE METAS**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO 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

AO: ABERTO - 4

RV: ORIENTADO - 5

RM: OBEDECE COMANDOS - 6

EVOLUÇÃO:

PUPILAS: NORMAIS

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL



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

Impresso por: LUIZ
GUSTAVO DE BARROS
CORREIA
Em: 01/11/2018 10:28:16

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
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 111939
Data de Entrada 28/10/2018 21:12:32	Data Internação 29/10/2018 11:13:22	Permanência na Unidade: 3d 13h 16min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 1d 11h 30min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 01/11/2018 10:27:51)

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 NEUROLÓGICA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO

ESTÁVEL

ANTIBIÓTICOS

1. CEFALOTINA EM 28.10.18

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO 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

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE 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	Prontuário 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 NEUROLÓGICA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. POLITRAUMA COM TCE

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

ESTAVEL

ANTIBIÓTICOS

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

AO: ABERTO - 4

RV: CONFUSO 4

RM: OBEDECE COMANDOS - 6

EVOLUÇÃO:

PUPILAS: NORMAIS

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso 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 DIURNO	
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 MEDICA (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 CEFALIA, 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





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

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	03/11/20
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 DAPIRONA 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				

Reimp

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
CRM: 6676

Assi

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE NADUPÁ

17/4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	Data de:	Idade atual:	Sexo:	Nº:
SILVANA SOUZA DO AMARAL	18/03/1998	19a 7m 14d	FEMININO	11184
Motivo do Atendimento:	Enfermaria - Leito			Validade:
	UTI ADULTO ENF-31/0012			02/11/2018
Convenio:	Matricula:			
SUS				

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				

Reimp

LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA
CRM: 8684

Assi

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR

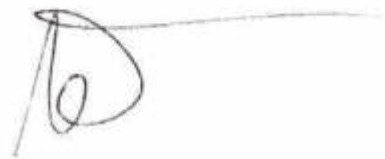
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	Data de:	Idade atual:	Sexo:	Nº
SILVANA SOUZA DO AMARAL	18/03/1999	19a 7m 13d	FEMININO	1118
Motivo do Atendimento:	Enfermaria / Leito:			Validade:
	UTI ADULTO ENF 31 / 0012			01/11/20
Convenio:	Matricula:			
SUS				
Data da entrada:		Data da Internação:		
28/10/2018 21:12:32		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 DAPIRONA 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				

Reimp

LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA
CRM: 3684



Assi

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL	Data de 18/03/1999	Idade a isf 19a 7m 13d	Sexo FEMININO	N 1
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito UTI ADULTO ENF 31 / 0012			Valida 31/1
Convenio SUS		Matrícula		
		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 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML			
6 DÍPIRONA 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			

JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO
CRM: 1571


 João Forte de Oliveira Neto
 Enfermeiro
 COREN 113622

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade atual	Sexo	Nº
SILVANA SOUZA DO AMARAL	18/03/1999	19a 7m 13d	FEMININO	11
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade
	UTI ADULTO ENF 31 / 0012			31/10/2018
Convenio	Matricula			
SUS				
Data da entrada:			Data da Internação:	
28/10/2018 21:12:32			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 CEFALOTINA 1G	1,0	MG		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
3 DÍPIRONA 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



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATISMO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade atual	Sexo	Nº
SILVANA SOUZA DO AMARAL	18/03/1999	19a 7m 12d	FEMININO	1118
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade
	AREA LARANJA - UDC A / LEITO EXTRA 07			30/10/20
Convenio	Matricula			
SUS				
Data da entrada:		Data da Internação:		
28/10/2018 21:12:32		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 DAPIRONA 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 8/8HS	0,0				

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

Geralda M. de A. Lucena
Enfermeira
COREN: 426.016



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

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	29/10/2
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	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: BÓLSA DE COLOSTOMIA NO OUVIDO DIREITO+DECUBITO LATERAL EQUERDO+REPOUSO NO LEITO		
10 HGT 8/8HS	0,0				

DE FREITAS GUERRA TERRA

Rein

As



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SETOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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 FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
6 TENOXICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			

THIAGO GOMES MARTINS
CRM: 7624

Rein

As



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SE. 1.º DE JOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade adsf	Sexo	Nº
SILVANA SOUZA DO AMARAL	18/03/1999	19a 7m 11d	FEMININO	1118
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade
				29/10/20
Convenio	Matricula			
SUS				
Data da entrada:		Data da internação:		
28/10/2018 21:12:32				

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 FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,5% (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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Reim

As



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome SILVANA SOUZA DO AMARAL		Data de 18/03/1999	Idade adsf 19a 7m 11d	Sexo FEMININO	Nº 1111
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	

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

Reim

Ass



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

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



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

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

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.951/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

RESERVAÇÃO



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

NOME
MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILO

NATURALIDADE
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/07/1986

RG
2911924 - SSP/PB

CPF
051.690.444-20

PRADDA DE EMPAÇO E TITULO
NÃO

DATA DE EMISSÃO
01/08/2012

ASSINATURA DO PRESIDENTE

COORDENADOR DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.414.306 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/02/2016

NOME SILVANA SOUZA DO AMARAL

FILIAÇÃO JOSÉ DO AMARAL SEVERINA NUNES DE SOUZA

NATURALIDADE BAYeux-PE DATA DE NASCIMENTO 18/03/1999

DOC. CIVIL NASC. N. 2408 FLS. 102 LIV. A. 03

CARTÓRIO SANTA RITA PE

CPF 133.756.294-78

Assinatura: *Silvana Souza do Amaral*

133 FLS. PE

DATA DE VALIDADE 24-08-83

B +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DESPESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124





Silvana Souza do Amaral

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.414.306 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/02/2016

NOME 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 133.756.294-78

B +

Assinatura: [Assinatura]

Chancela do Cartório: [Chancela]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

P-124





Silvana Souza do Amaral

CARTERA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

7 ABR 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
SEGURIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
Ano 13 de 15/11/2009



ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA

13/11/2009

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

TITULAR
MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

PROCURADOR
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILO

EXERCÍCIO DE FUNÇÃO
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
27/07/1988

CPF
051.890.444-29

RG
2917824 - SSP/PB

DATA DE EXERCÍCIO DE FUNÇÃO
01/08/2012

NÃO

ASSINATURA

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CONSELHO SECCIONAL

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

PROTOCOLADO
AG JOAO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLADO
AG JOAO PESSOA

1111

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
ODILÂNIA município de SANTA RITA, Estado de(o) PB,
CEP: 58300-000, portador do RG nº 4.434.306 SSPS/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
requerer, 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 papeis e documentos que forem
precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do
presente mandato.



João Pessoa, 05 de ABRIL de 2019.

Silvana Souza do Amaral

OUTORGANTE

CPF Nº 133.756.294-78

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



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
ODILÂNDIA, município de SANTA RITA, Estado de(o) PB,
CEP: 58300-000, 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 / 05 / 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
requerer, 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 mandato.



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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s).....
SILVANA SOUZA DO AMARAL.....
Ea test.da verdade, Santa Rita-PB 05/04/2019 10:25:19
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2019-001169]EMUL:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1H46675-6HVM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

João Pessoa, 05 de ABRIL de 2019.

Silvana Souza do Amaral

OUTORGANTE

CPF Nº 133.756.294-78

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131284/19

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

CPF: 133.756.294-78

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA SOUZA DO AMARAL

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 GRILO 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 GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195777/19

Vítima: SILVANA SOUZA DO AMARAL

CPF: 133.756.294-78

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA SOUZA DO AMARAL

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 GRILO 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 GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA