

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10727779

A/C: MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQUE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170165116 ASL-0113073/17

Vitima: EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUSA

Data Acidente: 13/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10767767

A/C: MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQUE

Sinistro: 3170165116 ASL-0113073/17
Vítima: EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUSA
Data Acidente: 13/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURO

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

EU, Maria das Graças Soares da Silva da Silva Henrique
 PORTADORA DO RG Nº 2081676 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 11 / 03 / 2016 E
 CPF 044601634-07 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO ---
 E RENDA MENSAL DE R\$ --- (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Everton Guilherme Soares de Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fundonal;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação D23 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 152011-0

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

Agua Branca 08 de março de 2016
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

• O Seg. no DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas, de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.

Autorização de Pagamento
 0014

Autorização de Pagamento
 0014

INVESTPREV
 11 MAR 2016

INVESTPREV
 21 MAR 2017



AUTO-ATENDIMENTO AG. PORTAL DO SERTÃO
DATA: 03/02/2015 HORA: 11:23:48
TERMINAL: 49821806 CONTROLER 498218060323

AGÊNCIA: 0043 - PATOS
CONTA: 013.00152011-0
CLIENTE: MARIA DAS GRACAS S DA S HENRIQUE

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA ...

SAC DOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
27/01	500,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/01	200,00

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA	HISTÓRICO	VALOR
01/02	SAQUECORRESPONDENTE	5.000,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR ~~0,00~~

Janeiro

07/01	000000	REM BASICA	3,00C
11/01	111227	DP DIN LOT	500,00C
11/01	111659	SAQUE LOT	500,00C
14/01	141244	DP DIN LOT	200,00C
14/01	151228	SAQUECORRESPONDENTE	1.000,00C
15/01	151709	SAQUE LOT	500,00C
28/01	281232	DP DIN LOT	200,00C
28/01	291741	SAQUE LOT	200,00C
28/01	150128	SAQUECORRESPONDENTE	1.000,00C
29/01	291504	SQ CX AQUI	500,00C

Fevereiro

01/02	301821	DP DIN LOT	500,00C
01/02	011616	SQ CX AQUI	500,00C
02/02	021526	DP DIN LOT	500,00C
02/02	021610	SAQUE LOT	500,00C

RESUMO EM 02/02

SALDO ~~0,00C~~

RESUMO DA DTA

SALDO BLOQUEADO ~~0,00C~~

SALDO DISPONÍVEL ~~0,00C~~

SALDO TOTAL ~~0,00C~~

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

INVESTPREV

21 MAR 2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE JURU/PB



BOLETIM DE OCORRENCIA

INQUÉRITO POLICIAL: NAO


CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 011/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 02 dias do mês FEVEREIRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h00min, compareceu, devidamente representado por sua genitora MARIA DAS GRAÇAS SOARES DA SILVA, o senhor: **EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, RG 4.402.592 SSP/PB, CPF 712.170.934-19, filho de Moacir Alves de Souza e de Maria das Graças Soares da Silva Henrique, residente na Rua Jose Ferreira Moreno, s/n, Jose Benone, Agua Branca/PB. NOTIFICANDO QUE: no dia 13 de dezembro de 2015, por volta das 17:00h, o declarante estava na garupa de uma moto guiada por LAUDECI TAVARES SANTOS, RG 3.613.836 SSP/PB, no campo de aviação, zona rural de Agua Branca/PB, momento em que o piloto, ao desviar de um cachorro, perdeu o controle da moto, tendo o garupa da moto, Everton, caído em cima de uma pedra e fraturado sua perna; QUE a motocicleta em que o declarante estava era uma moto CG Honda NXR 150 Bros ES, placa NPC 2560, ano 2013, RENAVAM 00989395928, ano 2008/2008, preta; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O AUTOR DO FATO. Era o que continha o teor da presente ocorrência. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE: Everton Guilherme Soares de Sousa

GENITORA: Maria das Graças Soares da Silva Henrique

Água Branca/PB, 02 de fevereiro de 2016.


Edmilson dos Santos Aires
Delegado de Polícia
Edmilson dos Santos Aires Neto
Delegado de Polícia
Mat. 168.482-5





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria das Graças Soares, portador da carteira de
Identidade nº 2281 676 e inscrito no CPF/MF sob o nº 044 667 524 73,
residente e domiciliado na Rua José Ferreira Monteiro,
Cidade Agua Branca, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

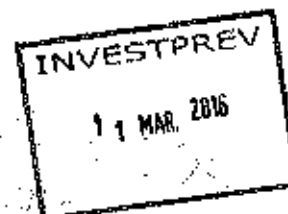
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Maria das Graças Soares

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Agua Branca 08/03/16

Local e data





ÁGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

NOME: EVERTON G. SOARES DE SOUSA
SEXO: M DT NASCIMENTO: 20/05/01 IDADE: 14 RG: _____
PROFISSÃO: ESTUDANTE CPF: _____
ENDEREÇO: RUÍLA BRAVIA
CIDADE: ÁGUA BRANCA UF: PB CNS: 707 1073 0102 8920

RACIA / COR

[] 1 - BRANCA [] 2 - PRETA [X] 3 - PARDA
[] 4 - AMARELA [] 5 - INDÍGENA [] 7 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de queda de alto, apresentando ferimento contuso em superâmbulo esquerdo, apresenta também deformidade em arco femoral.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, sn - Centro, Água Branca - PE
CNPJ: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98
DT/ATENDIMENTO: 13/10/15 TURNO: 11 FOLHA: _____

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Suturas e pontos
2. Curativo
3. Medicamento
4. _____

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur CID-10 _____

MEDICAÇÃO

[] PRESCRITA
[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO

[] OBSERVAÇÃO
[] INTERNAMENTO
[] ÓBITO
[] RESIDÊNCIA
[] OUTRO HOSPI
[] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

1- _____
2- _____
3- _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO CHEFE DA UNIDADE - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR - CARIMBO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQU

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000152011-0

Nr. da Autenticação AB4880629C7C31A5



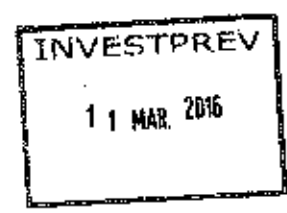
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Maria dos Graças Soares da Silva Henrique
RG nº 2291676, data de expedição / / , Órgão SSP-PB
CPF nº 044 667 534-23, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Ferreira Moreira</u>		
Número	<u>5N</u>		
Apto / Complemento	<u> </u>		
Bairro	<u>Barro Velho</u>		
Cidade	<u>Agua Branca</u>		
Estado	<u>PB</u>		
CEP	<u>58748000</u>		
Telefone de Contato	<u>(83) 3421-8003</u>	<u>(83) 9655-9484</u>	<u>(87) 9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Agua Branca 08/03/16

Assinatura do Declarante: Maria dos Graças Soares da Silva Henrique



CLAUDIMIR PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FERNANDES, 611 - APOLO VITÓRIA
AQUARIANA/SP CEP: 12740-000 (185)

Cidade/Estado: RIBEIRÃO PRETO/SP
Cidade/Estado: RIBEIRÃO PRETO/SP
Cidade/Estado: RIBEIRÃO PRETO/SP

CEP: 12740-000 (185)
CEP: 12740-000 (185)
CEP: 12740-000 (185)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Atenda: www.energisa.com.br

322 4053 4416 0470 6718 7256 8840 9430

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/377336-3

Out / 2015

Canal de contato

Apresentação

Atenção: O valor de tarifa é informado em R\$ 0,55 para
R\$ 0,55 a cada 100 kWh de consumo. Consulte o site www.energisa.com.br
para mais informações. Vigente a partir de 01/01/2015.

22/10/2015

Data prevista da
próxima fatura

20/11/2015

CPF/CNPJ/RAIA

4137020458

Cálculo de consumo

Faturas em atraso:

20/11/2015 22,10

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/09/15	22/10/15	1	46	30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	46	0,41817	19,24
Red. B. Variável			0,02

IMPOSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
IR	0,01
COTAX	0,02
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,02
COMISSÃO	0,02

Histórico de Consumo
(kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Set/15	45
Ago/15	46
Jul/15	45
Jun/15	42
Mai/15	64
Abr/15	60
Mar/15	25
Fev/15	3
Jan/15	92
Dez/14	3
Nov/14	48
Out/14	2

VENCIMENTO

28/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 28,89

Multa por atraso: 38,44%

Indicadores de Qualidade

2015 - 1º Trim

Indicador	Limite da ANEL	Apurado	Unidade de Medida (U)
INDICADOR	2,00	4,07	100000
INDICADOR	10,00	0,00	100000
INDICADOR	10,00	4,07	100000

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	19,24	66,31
Consumo de Energia	11,52	39,69
Consumo de Energia	0,04	1,00
Consumo de Energia	0,02	0,69
Consumo de Energia	0,02	0,69
Consumo de Energia	0,02	0,69
Total	28,89	100,00

Valor do Imposto de Renda de 15% sobre o valor de 28,89

R\$ 4,33 (15% de 28,89)

ATENÇÃO

Atenção: Para receber o valor de R\$ 4,33, é necessário que o consumidor apresente o comprovante de pagamento da fatura de 28,89, com o valor de R\$ 4,33 em destaque. Caso contrário, o valor de R\$ 4,33 não será pago. Resposta: Não. Vigência: 28/09/15. Res. ANEL nº 1.028. São Paulo, 11/09/15. Medida: Res. de Tarifas - Vigência: 28/09/15. Res. ANEL nº 1.028. São Paulo, 11/09/15.

INVESTPREV

21 MAR 2017



SUS

Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		2 - CNES 3605473
3 - NOME DO PACIENTE EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA		4 - PROTOCOLO 55905
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 707 10 3 0182-8800	6 - DATA DE NASCIMENTO 20/06/2001	7 - SEXO M
8 - NOME DA MÃE MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA		9 - RACIA / COR PARDAS
10 - NOME DO RESPONSÁVEL MIGUEL RUIZ DE SOUZA		11 - TELEFONE (31) 3337-7081
12 - ENDEREÇO JOSE FERREIRA MORENO		13 - PAÍS BRASIL
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CODIGO ASUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500100		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - ANAMNESE SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com quadro clínico de insuficiência renal crônica, em estágio avançado, com necessidade de diálise regular.			
19 - EXAMES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Exames de sangue e urina.			
20 - EXAMES RESULTADOS DE EXAMES (ACIDENTES, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exames de sangue e urina.			
21 - CID-10 INICIAL N57.2	22 - CID-10 ATUAL N57.2	23 - CID-10 SEC. N57.2	24 - CID-10 CAUSAS ASSOC. N57.2
25 - DECISÃO DO PROCESSAMENTO SOCIAL N57.2		26 - CID-10 POL. (SE MEXER)	
27 - CLÍNICA N57.2	28 - CARACTER INTERNAÇÃO N57.2	29 - DOCUMENTO N57.2	30 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE N57.2
31 - NOME PROFISSIONAL SOLICITANTE N57.2		32 - DATA SOLIC. N57.2	33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL N57.2

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - AGENTE TRANSITO	35 - CNES SEGURANÇA	36 - Nº BILHETE	37 - SÉRIE
38 - AGENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNES EMPRESA	40 - CNES EMPRESA	41 - CNES EMPRESA
42 - AGENTE TRABALHO TÍPICO	43 - CNES EMPRESA	44 - CNES EMPRESA	45 - CNES EMPRESA
46 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA (EMPREGADO / EMPREGADOR / AUTÔNOMO / DESEMPREGADO / APOSENTADO / NÃO SEGURADO)			

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD ORÇÃO EMISOR	49 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNA HOSPITALAR
50 - DOCUMENTO (CNS / CPF)	51 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF / PROFISSIONAL)	52 - DATA AUTORIZAÇÃO
53 - DATA AUTORIZAÇÃO	54 - ASS. CARIMBO DO REG. CONSELHO	





ÁGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

NOME: EUERTON E. SOARES DE SOUSA
SEXO: M DT NASCIMENTO: 20/05/01 IDADE: 14 RG: _____
PROFISSÃO: ESTUDANTE CPF: _____
ENDEREÇO: RUA GRAVATA
CIDADE: ÁGUA BRANCA UF: PB CNS: 307 1043 0102 8925

RAÇA/COR

☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☒ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDIGENA ☐ 7 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de queda de moto,
apresentando ferimentos contusos em
superfícies expostas, apresenta também
definição em uma fratura.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, sn - Centro, Água Branca - PE
CNES: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98
DT/ATENDIMENTO: 13/11/15 TURNO: M FOLHA: _____

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- Suturas e pontos
- Bandagem
-
-

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
- ☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

Lesão contusa de membro superior direito CID-10 _____

MEDICAÇÃO

- ☐ PRESCRITA
- ☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ INTERNAMENTO
- ☐ ÓBITO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPI
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

Marilda da Graça Sousa

ASSINATURA DO CHEFE DA UNIDADE - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR - CARIMBO

INVESTPREV

21 MAR 2017



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA

BOLETIM DE ENCAMINHAMENTO

UNIDADE MÉDICA DE REFERÊNCIA: U.A. de Patos - PB

NOME: Eustáquio Soares de Sousa IDADE: 44 a

QUEIXAS: Dor no sistema de conduto de urina, apresenta
primária, dor na bexiga, dor na uretra, dor na
também dor na uretra, dor na bexiga, dor na uretra

EXAME FÍSICO: apresenta dor na bexiga, dor na uretra, dor na uretra

EXAMES REALIZADOS: U.S. Teste por urina, urina, urina
pela urina (83) 3421-2235 / 4534 / (83) 3423-1207 /

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICO(S): Infecção e inflamação de urina, dor na uretra

CONDUITA TERAPÊUTICA: Antibiótico, dor na uretra

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Infecção e inflamação de urina, dor na uretra

13/12/15 a 20/12/15

Assinatura do médico

INVESTPREV
21 MAR 2017



ESTADO DA PARAIBA - SEL. JIARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MF 01465 - MEDICAMENTOS E OUTROS

CNBS	2606420	CNPJ 09 179 268 002375	
NOME	HOSPITAL REGIONAL DE JARDIM CARVALHO		
ENDREÇO	RUA HORACIO NOBRECA S/N		
CIDADE	FATOS	ESTADO PARANÁ	UF 25

Assunto: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Professor	EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA		
Nome	MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA		
Matrícula	25052603	Idade	14
Profissão	ESTUDANTE		
Endereço	JOSE PARRERA MORENO		Nº - 58
Bairro	JARDIM BONDIA		Fone - (03.95937-7308
Cidade	AVILA SPANCA	PR	58748-000 - 2506186
CNE	722-1835-0007-0020	Matrícula	4402982 50744
CPF		Reg. Nacional	
Data de Ins.	13/07/05	Recapitulada	APARECIDA
		Carte Nacional	10101

DESIGNATION OF THE PROPERTY: _____ PA. _____ YEAR: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (EIMARION)

Laurel + maple in flower,
sage + columbine + lilies in flower.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

John C. May Jr.

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO	
<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA	
<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	
<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO	
<input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS RESOLUÇÕES E ENVOLVIMENTO O POR ACIDENTE QUÍMICOS OU FÍSICO	

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNOSTICS

[illegible]

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> OUTROS	

SERVICIOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMIENTO	
1	1

1.
2.
3.

Aug 319 Fortran/Original Annotations - continued

Medico 1 ~~2~~ 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039

WARREN JOSE DE SANTIAGO - 5277 - 191-5405-0611-000

THESE PATENT RIGHTS ARE GRANTED TO THE INVENTOR

[illegible]

AGE REVISOR: JIMMY D. GORDON

[illegible]

INVESTPREV

21 MAR 2017



HOSPITAL REGIONAL DE JANDIRA CARNEIRO
RUA HORACIO NORRÊGA, S/N
PATOS PARAIBA (PB) 5423-2741

Prontuário: 56008 Data/Hora: 15/12/2015 22:54:05
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Servidor da DR:
Paciente: EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA Idade: 14 Sexo: M

Filiação:
Pai: MOACIR ALVES DE SOUZA
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA

Endereço:
Cidade: AGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500108
Endereço: JOSE FERREIRA MORENO Nº: 5N
Bairro: JOSE BENOME
Naturalidade: TABIRA - PE
Fone: (83)99837-7361

Documentos:
CNS: 767-1673-0102-8920
Identidade: 4402592 SSPB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:
Nascimento: 20/5/2001
Cor: PARDIA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: *Maria das Gracas Soares da Silva*

ANAMNESE: (História da Doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*paciente vítima acidente de moto c/ fratura
na coxa ESQ.*

EXAMES OBJETIVOS: (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Art. e coxa e de membros inferiores
normais*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Diagnóstico: *fratura fêmur*

Motivo de Alta:

Resultado: () Sane Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em:

Receptorista: APARECIDA





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE


FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Idade	Sexo	Cor
Data: 14/03/2017		Exatidão Guilherme S. Silva	19	M	Br
Procedimento	Tempo	Temperatura	Peso	Altura	
Tipos Sanguíneos	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicose	Ureia
Urina		Outros			
Ap. Respiratório	Assim			Bronquite	
Ap. Circulatório	Entrocárdiograma				
Ap. Digestivo	Dentes			Ap. Urinário	
Estado Mental	Alucinações	Convulsões	Alergia	Epilepsia	
Doenças Pre-existent	Estado físico			Risco	
Anestésicos Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada em	Efeito		
Agente Anestésico	92	INDUÇÃO			
Líquido	Sedativo: _____ Exatidão: _____ Tensão: _____				
	Líquido Espinal: _____ Lente: _____				
	Medicação: _____ Vómitos: _____				
	Outros: _____				
	MANUTENÇÃO				
	Anestesia Bolus: Sim: _____ Não: _____				
	Não, porque? _____				
	RESPIRATOR				
	Reflexos Ia: 90 _____				
	Oxigênio: _____ CO2: _____ Sat: _____				
	Sinais: _____ Vómitos: _____				
	Outros: _____				
	Com câmbio para o tipo sim: _____ não: _____				
	CONDIÇÕES				
Símbolos e Anotações					
Posição	Dolantina 40mg + Dorado 10mg				
Agentes	Narcótico + Dorado + Dorado + Dorado + Dorado 10mg + 1/2				
Técnica	Respiratório				
Condição	Paciente em posição de decúbito				
Cirurgião	Dr. Wanderley				
Anestesiologista	Dr. Guilherme S. Silva				
Observações	Paciente em posição de decúbito				
Assinar no verso, as anotações pré-operatórias e pós-operatórias					

INVESTPREV

21 MAR 2017

21 MAR 2017

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Everson Guilherme Soares de Sousa</u>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
UF: <u>Paraíba</u>	CID: <u>509</u>	COLEÇÃO: <u>14</u>	REGISTRO: <u>55907</u>	 HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos Roberto Lima</u>	CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>				
ANESTESIA: <u>Dr. Roberto</u>	ANESTESIA: <u>Dr. Roberto</u>				
INSTRUMENTAÇÃO: <u>13 12 15</u>	DATA: <u>12/10</u>	INICIA: <u>12:30</u>	FIN: <u></u>		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
17	TX. de Instrumentador		Equip. de sono e sangue
	TX. Serrador - <u>EE 997</u>		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Linha de Sístole
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 2 ml
1	TX. Sístole - <u>REGULADOR</u>		Seringa 5 ml
2	TX. Sístole Elétrica		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxiômetro de Pulso	3	Elásticos desc.
	Neocin		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thinnerbatal		Atadura Gessada 10cm
	Gelatina - <u>HYDROCORTISON 500g</u>		Sonda Uretral
	Povidon - <u>PALECON</u>		Sonda Nasogástrica
	Dorminal		Fio Sifônico
	Fentanil 0.05mg		Draino Penrose
	Xilocaína a 8%		Draino Sucção
	Inoval		Draino de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espanador
	Etidimidate		Xilocaína Gel
	Ketala		Alcool 70%
	Povidonina 0.5%		PVPi Tintura
	Dimer		Gases
	Lanoxal 0.5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcin - <u>PALECON 100g</u>		Algodão Ortopédico
	Formin		Cidex
	Sufenta		Vaselina Esteril
	Dikopen		Agulha descartável
	Agua destilada 10ml		Pastilha de Formal
	Proctigmina		Fio Cremado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cremado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cremado 1 c/ agulha
	Etoril		Fio Cremado 2-3 c/ agulha
	Cefazolin 10g		Fio Cremado 2-5 c/ agulha
	Dixel		Fio Cremado 2-6 c/ agulha
	Plast		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Espanol 500g VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Iftal		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Rigue Descartável		Cat-gut simples 2-6 c/ agulha
	Albucate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-6 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 2-6 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

INVESTPREV

21 MAR 2017

DECLARAÇÃO

O Menor Everton G. Soares de Sousa, 14 anos deu entrada nessa unidade hospitalar no dia 13 de Dezembro de 2015 às 18:20 referindo ser vítima de acidente de moto apresentando corte-contuso em supercílio esquerdo e deformidade em coxa esquerda, foi avaliado por o médico Dr Gilson Brito plantonista do hospital após ter realizado todos os procedimentos foi encaminhado para o Hospital Regional de Patos. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Michelly Alves Barros
Diretora do Hospital Quitéria Maria de Oliveira
CNPJ nº 377397

MICHELLY ALVES BARROS

Diretora do Hospital Quitéria Maria de Oliveira



VALE AEM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

RENDA 4.402,592 DATA DE 25/08/2015
SERIAL 4.402,592 EXPIRADO

NOME EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA

FILIAÇÃO MOACIR ALVES DE SOUZA
MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA
HENRIQUE

VAL. BAILENDE TABIRA-PR DATA DE REGISTRO 20/05/2001

DATA DE ORIGEM NASC N 19623 FLS 244 LIV A-17
CARTÓRIO TABIRA DE

CPE 712.170.934-10

Assinatura: [Assinatura]

LEI N 7.174 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

[Assinatura]

Carteira de Identidade





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
044.687.534-23

Nome
**MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA
HENRIQUE**

Nascimento
05/10/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-239

Maria das Graças Soares da Silva Henriques

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSISTENTE
SERIAL **2.291.578 - 2ª VIA** DATA DE
EXPECÇÃO **04/02/2018**

NOME
MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQUE

FILIAÇÃO
**ERNESTO SOARES DA SILVA
CARMELITA DE FREITAS OLIVEIRA**

NATURALIDADE
ÁGUA BRANCA-PB DATA DE NASCIMENTO
05/10/1973

CCO OBRM
CERT. CAS. Nº 0001 - LIVRA 12 - FL. 182 V - CARTÓRIO PRINCESA

SABEL

044.687.534-23

2018

INVESTPREV
21 MAR 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - MS
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 010723974818

VIA- 1 00989375928 XXXXXXXX 2013

LAUDECI TAVARES SANTOS

09230566464

NP62560

NP62560/MT

9CZKD03308R076000

09230566464

GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS 25

2008 + 2008

2P/149CC

PARTIC

PRETA

QUITADO

1 QUITADO

2 QUITADO

3 QUITADO

MOTOR: K903E18076000

PAGO

<SEM RES. DE DOMINIO>

CAMPO GRANDE-MS

29/11/13



0007

INVESTPREV

21 MAR 2017

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUSA** Sinistro: **3170165116** Data: **13/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **JOSE FERREIRA MOREIRA, SN - BARRA VELHA - Água Branca - PB - CEP 58748-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4402592**

Data local do exame: [**13/04/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO. APRESENTAVA AO EXAME FÍSICO UMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA (GRAU II), RETRAÇÃO EM FACE LATERAL DE 7 CENTÍMETROS, ATROFIA MUSCULAR DE 4 CENTÍMETROS. AFIRMA A PRESENÇA DE DOR EM LOCAL DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO NO DIA 13.12.15, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 18.12.15 COM USO DE PLACA E PARAFUSOS. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

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

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

PERDA DA FORÇA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA GRAU II

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
COXA ESQUERDA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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



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

() Total = "100% da IS"

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

Tiago Martins Formiga

www.investseguradora.com.br

 Invest Seguradora  InvestSeg

De: Francisco Trotte [<mailto:francisco.trotte@seguradoralider.com.br>]

Enviada em: segunda-feira, 20 de março de 2017 17:58

Para: Laura Vanessa Quadros Muniz

Cc: DPVAT RJ

Assunto: Nº Atendimento 7213272 - 3160192987

Prioridade: Alta



0020

Processamento de Sinistros

Prezados, boa tarde!

Segue anexo documentação complementar para recadastramento. Assim que o procedimento for concluído, favor nos informar o novo ASL.

Marco Antonio Loureiro Domingos cancelou o sinistro.

Data de nascimento correta 20/05/2001.

16/05/2016 08:48 Cancelar processo

Atenciosamente,

Francisco Trotte
Departamento de Sinistro



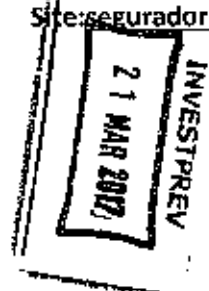
Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar

CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 55 21 3861-4600 Ramal: 7080

E-mail: Francisco.trotte@seguradoralider.com.br

Site: seguradoralider.com.br



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQUE
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: SEMPRETERNEIRA
Identidade: 2.291.176 CPF: 044.667.534-23
Endereço: RUA JOSE FERREIRA SEN BAIRO VERMELHO ALMA BRANCA

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casaca Profissão: Empresaria
Identidade: 4.672.305 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico
Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

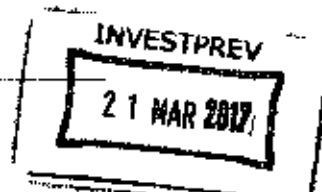
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

EUETORAL GUILHERME SOARES DE SOUZA



ALMA BRANCA-PB; 02/02/2016

Local e data



Maria das Gracas Soares da Silva Henriques
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma)

MARCAL LEITE

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

Det. Maria Azevedo Marcel Pereira
Tabela:
2016, Patos PB
- 14/03/2017

Reconheço, com autentica e verdadeira, a(s) firma(s) de
MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA HENRIQUE
e seu filho de verdade, JOSE FERREIRA SEN
e seu filho de verdade, GUILHERME SOARES DE SOUZA
Cópia registrada em 22/02/2016 por 170
Selo Notarial e Registral
Patos e Patos - Patos PB, 14/03/2017

MARCAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
João Pereira Leite
"ESCREVENTE"

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170165116 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUSA **Data do acidente:** 13/12/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA AO EXAME FÍSICO UMA DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA (GRAU II), RETRAÇÃO EM FACE LATERAL DE 7 CENTÍMETROS, ATROFIA MUSCULAR DE 4 CENTÍMETROS. AFIRMA A PRESENÇA DE DOR EM LOCAL DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO NO DIA 13.12.15, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 18.12.15 COM USO DE PLACA E PARAFUSOS. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do joelho devido ao deficit de força muscular causado pela hipotrofia muscular da coxa de 4 cm (acidente em 2015).
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

