

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 inicio 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,



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 inicio 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 SEGURADORA

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, Magia das Grotas Soares de Souza Oliveira Henrique,
PORTADORA(A) DO RG N° 2081.676, EXPEDIDO POR ESP - PR, EM / / E

CPF 01446061534-21 / CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Felicity 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 Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 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 comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br); bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: 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 AGENCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1520150

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

INVEST'PREV

11 MAR

Agua Branca 08 de março de 2016
LOCAL E DATA

Magia das Grotas Soares de Souza Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

INVEST'PREV

21 MAR 2017

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à 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 11.945/2005) 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.



AUTO-ATENDIMENTO AG. PORTAL DO SERTÃO
DATA: 03/02/2012 HORA: 11:23:48
TERMINAL: 49821006 CONTROLER: 498210060323

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA ...

SAÍDAS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
27/01	000000

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/01	000000

LANCAMENTOS PROGRAMADOS

DATA	HISTÓRICO	VALOR
01/02	SAQUECORRESPONDE	000000

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR. DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR ~~000000~~

Janeiro

07/01	000000	REB BÁSTICA	0.000
11/01	111227	DP DIN LOT	500.000
11/01	111653	SAQUE LOT	500.000
14/01	141244	DP DIN LOT	200.000
14/01	151228	SAQUECORRESPONDE	-1.300
		NDENTE	
15/01	151709	SAQUE LOT	200.000
28/01	261232	DP DIN LOT	200.000
28/01	291741	SAQUE LOT	200.000
28/01	150128	SAQUECORRESPONDE	1.300
		NDENTE	
29/01	291604	SQ CX AQUI	000.000

Fevereiro

01/02	301821	DP DIN LOT	000.000
01/02	011616	SQ CX AQUI	000.000
02/02	021526	DP DIN LOT	000.000
02/02	021610	SAQUE LOT	000.000

RESUMO EM 02/02

SALDO ~~000.000~~

RESUMO DA DTA

SALDO BLOQUEADO ~~000.000~~

SALDO DISPONÍVEL ~~000.000~~

SALDO TOTAL ~~000.000~~

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Quintaloria 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 POLICIA DE JURU/PB



BOLETIM DE OCORRENCIA

INQUERITO POLICIAL: NAO

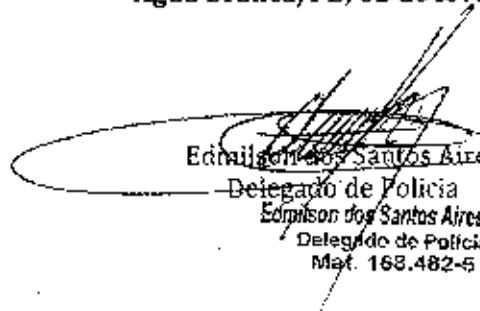
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 011/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 02 dias do mês FEVEREIRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta 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 NPG 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 Policia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

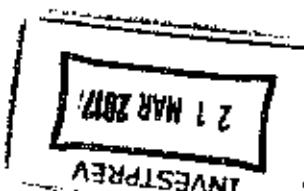
TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideográfica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE: Everton Guilherme Soares de Souza

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. 168.482-6





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria das Graças Soares da Silva Henriques, portador da carteira de identidade nº 2281 676 e inscrito no CPF/MF sob o nº 044 (667) 534-533, residente e domiciliado na Rua José Ferreira Mota, Cidade Águas Brancas, 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 Lider 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.

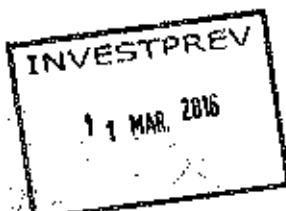
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria das Graças Soares da Silva Henriques

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Águas Brancas 08/03/16





SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

Águas Brancas

ÁGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



Comunicação de ato previdenciário

700454

(ab)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, s/n - Centro, Água Branca - PE
CNPJ: 10.502.869/0001-96
CNES: 2605430 DT/ATENDIMENTO: 13/10/15 TURNO: 11 FOLHA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Sulfato de litio
2. Propofol
- 3.
- 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 TRÂNSITO
- 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

- PRESCRITA
- APlicada

ENCAMINHAMENTO

- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> RESIDENCIA |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> OUTROS |

SERVÍCIOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

- 1 -
- 2 -
- 3 -

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

CNS

OBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PÓLEGAR DIREITO

+ Maria das Graças Soárez

ASSINATURA DO CHEFE DA UNIDADE + CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR + CARIMBO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)



RESULTADOS

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



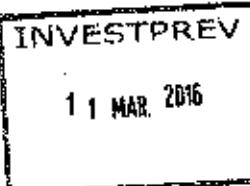
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Maria das Graças Soares da Silva Henrique,
RG nº 2291676, data de expedição / / , Órgão SSP-PB,
CPF nº 0414.667.534-23, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante 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>SN</u>		
Apto / Complemento	<u></u>		
Bairro	<u>Barro Vermelho</u>		
Cidade	<u>Águas Brancas</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: Aguas Brancas 08/03/16

Assinatura do Declarante: Maria das Graças Soares da Silva Henrique



CLAUDEMIRA PEREIRA DA SILVA
RUA JOSÉ FERREIRA MARQUES, 51 - Bairro Outeiro Velho
ARACAJU/SE/CEP: 59140-000 (AB-165)

Cliente Básico: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL - LINHA FAZENDA
Referência: 12-126-920-2802 Referência: 04/1/2015
Aprovado: 03/10/2015 Emissor: 20/11/2015

Entrega: PARADA - DIST.700 ALDORADA DE BAHIA 03/03/2016
8230-6706 - Depósito: Jardim Parque - CEP: 59071-600
04/03/2016 103.0001-01 - Referência: 70015404-1
Notificação: Cadastral Fazenda - 070050-40
Parque: Parque das Águas - 04/03/2016

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

2022-0053-3-18 0470-0778-7758-6980-0000

Conta referente a

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

Out / 2015

Canal de contato:

Atendente da 1099 da Unidade de Venda em 1099, de R\$ 0,50 para
R\$ 0,50, a partir de 100.000 consumidores conforme Resolução Norma
Sete/ANEEL 3.045/016, conforme a data de 03/08/2015.

Apresentação:

22/10/2015

Data presente da
última fatura

20/11/2015

OPC/CEP/RAH:

41370-000

Calendário de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
data	data	data	data	data	data	
22/09/2015	22/09/2015	22/10/2015	22/10/2015	1	46	50
20/10/2015	29/10/2015					

Facturas em atraso:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Comissão em Atraso:	45	0,00	0,00
2012-6 Vermelha	45	0,00	0,00

DEPÓSITO E EXCESSO:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
EXCESSO	0,51	0,00	0,00
COFAS	0,00	0,00	0,00
CONTROLE AUTÔNOMO	0,00	0,00	0,00
IMB (SERVIÇO)	0,00	0,00	0,00

Histórico de Consumo

(kWh)

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS:

COMPENSACAO POR ANEEL/OPC/CCC/DEPÓSITO	4,00
Total	4,00

Consumo	2012	2013	2014	2015
Agosto	45			
Setembro	48			
Outubro	45			
Novembro	42			
Dezembro	44			
Jan	48			
Fev	25			
Mar	0			
Apr	92			
May	0			
Jun	48			
Jul	0			

Média de ultimos meses:

38,0000

VENCIMENTO

29/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 28,89

Indicadores de Qualidade

WES-140

Límites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
500	400	
500-700/1000	400	WES-140
600	220	
700	220	
700-1000/1400	400	WES-140/240
1000	220	WES-140/240
1000-1400/2000	400	WES-140/240
1400	220	WES-140/240
1400-2000	400	WES-140/240

Indicadores	Valor	%
Superação de Tensão Exigida	6,88	24,01
Deficiência de Energia	11,12	32,50
Desvio da Tensão Estabelecida	0,24	0,82
Excesso de Tensão	2,20	7,53
Impedimento de Energia	2,66	7,85
Desvio de Tensão	0,00	0,00
Total	26,11	100,00

Informações obtidas do sistema de medição

04/02/2015 10:00:00

ATENÇÃO:
- Até 05/11/2015, permanecendo em atraso de DEBITOS, EXTERNAIS/DEPÓSITO, juros e multa, a avaria de energia elétrica poderá ser cortada a qualquer momento, sem aviso prévio ao cliente.
- Em caso de desligamento, contate a sua distribuidora de fornecimento de energia elétrica e/ou a sua
Resposta Técnica - Vigente: 28/09/15-Vigor: ANEEL, nº 030 - Rua Tomé de Souza, 11, CEP 49016-000
Resposta Técnica - Vigente: 28/09/15-Vigor: ANEEL, nº 1.224 - Rua Tomé de Souza, 11, CEP 49016-000

INVESTPREV
21 MAR 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LAUDEPI TAVARES SANTOS,
RG nº 3613.836, data de expedição 20/12/2007
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 092.305.664-54, com
domicílio na cidade de AGUA BRANCA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
STIO RIOPHO DO MEIO, nº 31/v,
complemento 4484, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EVERTON GUILHERME SOARES, cujo o condutor era
LAUDEPI TAVARES SANTOS.

Veículo: metrópole
Modelo: HONDA/INR 150 Bros ES
Ano: 2008
Placa: NPL 2560
Chassi: 9L2F0230745000
Data do Acidente: 13/12/2015
Local e Data: _____

MARCAL
LEITE

Laudepi Tavares Santos

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou veridacina)

Laudepi Tavares Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

MARCAL LEITE

Setor de Apoio à Atividade de Leito

Setor de Apoio à Atividade de Leito

Assinatura

Assinante, com conhecimento de causa, atesta: Fizemos a leitura
do documento, constatando que é verdadeira a sua autenticidade.
A leitura foi feita na data: 04/03/2016 (04/03/16)
Assinante: João Pessina Leite
Data: 04/03/2016 (04/03/16)
CPF: 091.818.741-04
RG: 091.818.741-04
Endereço: www.marcalleite.com.br

MARCAL LEITE
Setor de Apoio à Atividade de Leito
João Pessina Leite
"ESCREVENTE"

INVESTPREV
21 MAR 2017



SUS Sistema Único de Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NAME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE JARDIM CARNEIRO

2 - CNPJS
3604-473

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE
EMERSON GUILHERME SOARES DE SOUZA

4 - PROFISSIONAL
59905

2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707 101 3-6 192-8620

3 - DATA DE NASCIMENTO
20/02/2001

5 - SEXO
M

6 - RACA / COR
PARDA

3 - NOME DA MÃE
MARIA DAS GRACAS SOARES DA SILVA

7 - TELEFONE
(63) 99837-7381

4 - NOME DO RESPONSÁVEL
MIGAÇOR KELVIL DE SOUZA

13 - ENDERECO

JOSE FERREIRA MORENO

8 - ENDERECO
N. 59

JOSE BRANONE

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 10 - UF - 11 - CEP - 12 - COD. FIS.

AGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500108

13 - BAIRRO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - FATORES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

11 - FATORES CLÍNICOS E SINTOMAS CLÍNICOS
Jabuticu na mão, dificuldade moto a fundo nos 1000, 1500, 2000 e 2500 + dificuldade + ressaca e dor

12 - FATORES SOCIAIS

13 - END. RESIDENCIAL - 14 - END. TRABALHO - 15 - END. ESCOLAR - 16 - END. LIVRE

17 - END. RESIDENCIAL

18 - END. TRABALHO

19 - END. ESCOLAR

20 - END. LIVRE

21 - END. LIVRE

22 - END. TRABALHO

23 - END. ESCOLAR

24 - END. LIVRE

25 - END. LIVRE

26 - END. LIVRE

27 - END. LIVRE

28 - END. LIVRE

29 - END. LIVRE

30 - END. LIVRE

31 - END. LIVRE

32 - END. LIVRE

33 - END. LIVRE

34 - END. LIVRE

35 - END. LIVRE

36 - END. LIVRE

37 - END. LIVRE

38 - END. LIVRE

39 - END. LIVRE

40 - END. LIVRE

41 - END. LIVRE

42 - END. LIVRE

43 - END. LIVRE

44 - END. LIVRE

45 - END. LIVRE

46 - END. LIVRE

47 - END. LIVRE

48 - END. LIVRE

49 - END. LIVRE

50 - END. LIVRE

51 - END. LIVRE

52 - END. LIVRE

53 - END. LIVRE

54 - END. LIVRE

55 - END. LIVRE

56 - END. LIVRE

57 - END. LIVRE

58 - END. LIVRE

59 - END. LIVRE

60 - END. LIVRE

61 - END. LIVRE

62 - END. LIVRE

63 - END. LIVRE

64 - END. LIVRE

65 - END. LIVRE

66 - END. LIVRE

67 - END. LIVRE

68 - END. LIVRE

69 - END. LIVRE

70 - END. LIVRE

71 - END. LIVRE

72 - END. LIVRE

73 - END. LIVRE

74 - END. LIVRE

75 - END. LIVRE

76 - END. LIVRE

77 - END. LIVRE

78 - END. LIVRE

79 - END. LIVRE

80 - END. LIVRE

81 - END. LIVRE

82 - END. LIVRE

83 - END. LIVRE

84 - END. LIVRE

85 - END. LIVRE

86 - END. LIVRE

87 - END. LIVRE

88 - END. LIVRE

89 - END. LIVRE

90 - END. LIVRE

91 - END. LIVRE

92 - END. LIVRE

93 - END. LIVRE

94 - END. LIVRE

95 - END. LIVRE

96 - END. LIVRE

97 - END. LIVRE

98 - END. LIVRE

99 - END. LIVRE

100 - END. LIVRE

101 - END. LIVRE

102 - END. LIVRE

103 - END. LIVRE

104 - END. LIVRE

105 - END. LIVRE

106 - END. LIVRE

107 - END. LIVRE

108 - END. LIVRE

109 - END. LIVRE

110 - END. LIVRE

111 - END. LIVRE

112 - END. LIVRE

113 - END. LIVRE

114 - END. LIVRE

115 - END. LIVRE

116 - END. LIVRE

117 - END. LIVRE

118 - END. LIVRE

119 - END. LIVRE

120 - END. LIVRE

121 - END. LIVRE

122 - END. LIVRE

123 - END. LIVRE

124 - END. LIVRE

125 - END. LIVRE

126 - END. LIVRE

127 - END. LIVRE

128 - END. LIVRE

129 - END. LIVRE

130 - END. LIVRE

131 - END. LIVRE

132 - END. LIVRE

133 - END. LIVRE

134 - END. LIVRE

135 - END. LIVRE

136 - END. LIVRE

137 - END. LIVRE

138 - END. LIVRE

139 - END. LIVRE

140 - END. LIVRE

141 - END. LIVRE

142 - END. LIVRE

143 - END. LIVRE

144 - END. LIVRE

145 - END. LIVRE

146 - END. LIVRE

147 - END. LIVRE

148 - END. LIVRE

149 - END. LIVRE

150 - END. LIVRE

151 - END. LIVRE

152 - END. LIVRE

153 - END. LIVRE

154 - END. LIVRE

155 - END. LIVRE

156 - END. LIVRE

157 - END. LIVRE

158 - END. LIVRE

159 - END. LIVRE

160 - END. LIVRE

161 - END. LIVRE

162 - END. LIVRE

163 - END. LIVRE

164 - END. LIVRE

165 - END. LIVRE

166 - END. LIVRE

167 - END. LIVRE

168 - END. LIVRE

169 - END. LIVRE

170 - END. LIVRE

171 - END. LIVRE

172 - END. LIVRE

173 - END. LIVRE

174 - END. LIVRE

175 - END. LIVRE

176 - END. LIVRE

177 - END. LIVRE

178 - END. LIVRE

179 - END. LIVRE

180 - END. LIVRE

181 - END. LIVRE

182 - END. LIVRE

183 - END. LIVRE

184 - END. LIVRE

185 - END. LIVRE

186 - END. LIVRE

187 - END. LIVRE

188 - END. LIVRE

189 - END. LIVRE

190 - END. LIVRE

191 - END. LIVRE

192 - END. LIVRE

193 - END. LIVRE

194 - END. LIVRE

195 - END. LIVRE

196 - END. LIVRE

197 - END. LIVRE

198 - END. LIVRE

199 - END. LIVRE

200 - END. LIVRE

201 - END. LIVRE

202 - END. LIVRE

203 - END. LIVRE

204 - END. LIVRE

205 - END. LIVRE

206 - END. LIVRE

207 - END. LIVRE

208 - END. LIVRE

209 - END. LIVRE

210 - END. LIVRE

211 - END. LIVRE

212 - END. LIVRE

213 - END. LIVRE

214 - END. LIVRE

215 - END. LIVRE

216 - END. LIVRE

217 - END. LIVRE

218 - END. LIVRE

219 - END. LIVRE

220 - END. LIVRE

221 - END. LIVRE

222 - END. LIVRE

223 - END. LIVRE

224 - END. LIVRE

225 - END. LIVRE

226 - END. LIVRE

227 - END. LIVRE

228 - END. LIVRE

229 - END. LIVRE

230 - END. LIVRE

231 - END. LIVRE

232 - END. LIVRE

233 - END. LIVRE

234 - END. LIVRE

235 - END. LIVRE

236 - END. LIVRE

237 - END. LIVRE

238 - END. LIVRE

239 - END. LIVRE



NOME: EVERTON G. SOARES DE SOUSA
SEXO: M DT NASCIMENTO: 20/05/01 IDADE: 14 RG: _____
PROFISSÃO: ESTUDANTE CPF: _____
ENDERECO: R. UMA GRANATA
CIDADE: Águas Brancas UF: PB CNS: 307 1073 0102 3920

PACIENTE

RAÇA / COR

11 - BRANCA 12 - PRETA 13 - PARDA
 14 - AMARELA 15 - INDÍGENA 17 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Porventura vítima de injeção de drogas, apresentando febre, síncope e convulsões, apresentando também infecções em locais suspeitos.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, s/n - Centro, Água Branca - PE
CNES: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98

DT/ATENDIMENTO: 13/10/15 TURNO: N FOLHA: _____

INVESTIGADO

21 MAR 2017

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Salicilato de Zinco
2. Aspirina
3. _____
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 TRÂNSITO
 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

Uma paciente de 14 anos de idade, com febre, síncope e convulsões. CIO-10: _____

MEDICAÇÃO

PRESCRITA
 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA
<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

- 1 - _____
2 - _____
3 - _____

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

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

Coronel das Forças Armadas

BOLETIM DE ENCAMINHAMENTO

UNIDADE MÉDICA DE REFERÊNCIA:

28 de Setembro - PB

Nome: Wilson / Sobre: M. Gomes IDADE: Mai

QUEIXAS: Dolor no lado esquerdo da barriga, aperto
...fim do dia, melhora à noite, dor ligeira, dor ligeira, dor ligeira
...fim do dia, dor ligeira, dor ligeira, dor ligeira, dor ligeira

EXAME FÍSICO: Exame físico normal, dor ligeira, dor ligeira
...lateral

EXAMES REALIZADOS: USG abdominal por dor no lado esquerdo

...pela Unidade (83) 3421-2236 / (83) 3423-1207

...pela Unidade (83) 3421-2236 / (83) 3423-1207

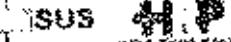
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICO(S): Diagnóstico: Infarto de miocárdio

CONDUTA TERAPEUTICA: Rx: Pipoca

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Infarto de miocárdio

13/12/15 2014

INVESTPREV
21 MAR 2017



Digitized by the Internet Archive in 2009 with funding from The University of Michigan

FASE DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ME - RIAB: MÉDICAMENTOS E OUTROS

CNEC: 2666483 CNPA: 00-170-308-002376
MORTE: HOSPITAL REGIONAL DEP JAHIRAHY CARVALHO
ENDERECO: RUA HERIBERTO MOREIRA 500
CIDADE: PAÍOS ESTADO: PARÁ

442

Atendimento ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

PEDEDESP EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA
Nome MARIA DAS GRACIAS SOARES DA SILVA
Residência 76082003 Idade 14 Cep. 54000-000
Profissão ESTUDANTE
Endereço JOSE PEREIRA MORENO
Bairro JOSE PEREIRA MORENO
Cidade ALEXANDRINA PR 58748-000 - 2800100
CEP 752-0000-0002-0000
CPF
Órgão 13012073356 07/42/17
Identidade RG
Religião Católica
Relação Filho
Estado Civil Solteiro
Sexo Masculino
UF PR

Section 10

ANAMNESE EXAMEN HEDO (SAMARITAN)

1966-67: *Leucania* (Lepidoptera) of the
Savanna & Grassland Province

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

400 *Y. G. Gao*

RESULTADOS

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/>	01 - SERVICO
<input type="checkbox"/>	02 - PRECENÇA
<input type="checkbox"/>	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
<input type="checkbox"/>	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
<input type="checkbox"/>	05 - EXATRAS EXPOSIÇÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU RÍGIDOS
	PROCEDIMENTO Descrição

SHAGNESSY

— CSD-10 ——————

MEDICAGA

282 READ

ENCAMINHAMENTO

0251806

ESTUDOS REALIZADOS COMIGO / PROCEDIMENTO

1.								
2.								
3.								

www.EduGangotriApp.com/9th-10th-11th-12th

Medieval Poets

SWEDSON, ROBERT DUE 1944- 5277-191-5405-0610-0001

THE DYNAMIC AND PREDICTIVE ASPECTS OF RESPONSIVENESS

Page 188



HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NORREGA, 511
PATOS - PARÁ
(65)3423-2741

Prontuário: 56908
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Servidor da RR:

Data/Hora: 13/12/2015 22:54:05

Paciente: EVERTON GUILHERME SOARES DE SOUZA Idade: 14 Sexo: M

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

Endereço:
Cidade: ÁGUA BRANCA - PB - 58746-000 - 2500106
Endereço: JOSE FERREIRA MORENO
Bairro: JOSE BENÔM
Naturalidade: TABIRÁ - PE
Fone: (83)99837-7361

Nº: 5N

Documentos:
CNS: 707-1073-0102-8920
Identidade: 4402592 SSPPB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 20/6/2001
Cor: PARD
Estado Civil: SOLTEIRO(1)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: *Levando a casa Sairista de auditiva*

ANAMNESE: (Histórico da Moéstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

100% de melhora abdome d'água e fome

100% de melhora d'água e fome

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

Abd: + colito + difusão d'água

Abd: + melhora

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Diagnóstico: *Incubio*

Motivo da Alta:

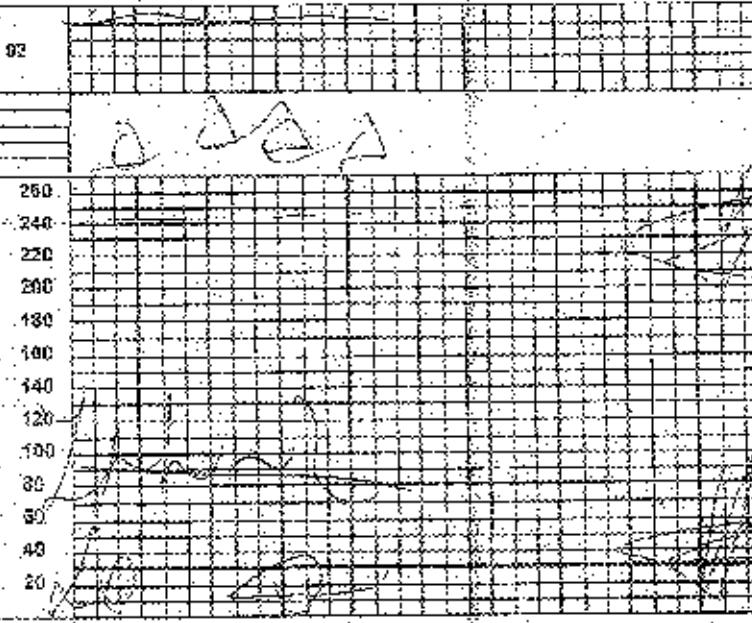
Resultado: () Saia Curado () Melhorado () Piorado () Transferido Em: _____

Receptor/Intit: APARECIDA



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

	Nome	Endereço	Lado	Setor	Pronto-Sala
FOLHA DE ANESTESIA	Nome	Silvana Guedes de Souza M. 21			
Data	Peso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
10/03/2017	60	16	36,5	60	160
Tipos Sanguíneos	Hemátes	Hemoglobina	Hematócrito	Glucose	Ureia
	Urina				
Ap. Respiratório				Activa	Sopro
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo				Ap. Urinário	
Exame Mental	Alucinações	Confusões	Alergia	Hipersensiv.	
Diagnóstico Previa				Febre Física	Ritmo
Antes/Depois Adesivos					
Medicamento Pós-Anestesia				Após o 30	Febre
Adesivo Anest.	92				
Líquido					
<p>G.O. 13 - O</p> <p>EX. ARIGRAL - PULSO - RESPIRAÇÃO</p> <p>V.2 - ANESTESIA / DIPRIVACAO</p> 					
Símbolos e Anotações					
Pulseira	Silvana Guedes de Souza M. 21				
Atentes	Silvana Guedes de Souza M. 21				
Técnica	Respiração				
Observações	Pulmões claros, fundo de olho normal				
Anestesia	Anestesia DCO				
Observações	DPOV, DPOV, Guedes				
Anotação no anexo, as consultas pré-operatórias e pós-operatórias					

INVESTIGADO

21 MAR 2017

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
SANTOS - PASSEIO AQU

ANALISE SÍNTESI E DISCUSSÃO

Baron Guérinot à la Seigneurie
du Château de Châlons

WILMINGTON (Gloucester) 10-25-1965 CS

ALERTED FEDERALISTS TO THE PROBLEMS OF THE NEW REPUBLIC
E. 1798, ATTACHED TO THE SECRETARY OF STATE'S CONFERENCE.

Yite g. em 100 g de proteína de sementes, digestão completa de trigo, trigo com milletes das sementes geradas através de uso de *Aspergillus* e trigo.

2432-15

卷之三

1920-1921

the *l. a. albinus*

July 26 1940 40

1960-51-21

1

Digitized by

卷之三

卷之三

— 10 —

1000000000

21 MAR 2017



ESTADOS REGIONAIS DE PROVÍNCIA
PROVINCIAIS DISTRITOS

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

**PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA**

PATIENTS

LETO:

REG-2

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

ORIGEM	Cedem. Guilherme Soares da Silveira			REGISTRO	155901	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
ORIGEM	CEDEM	CONCEITO	SAÚDE	REGISTRO	155901	
ANESTESIA	TE - Gávea - 20/03/2017			ANESTESIA		
MOTRIZ/ESTÁTUA	DRS. Henrique	DR. Henrique	DR. Henrique			HOSPITAL REGIONAL SER. JANDUÍ CARNEIRO
	13/03/15	12/03	12/03			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
11	TX de Instrumentador	1	Equipamento de sanguinagem
	TX Captegrato	56.097	Scalp
	TX Bomba de Infusão	1	Lentes Est. pt Procedimentos
	TX Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Biópsia
	TX Monitor Cardíaco-Respirador	1	Abertura de Pulse
	TX de Laser	1	Coletor de Unha
	TX de Cautério	1	Seringa 1 ml
	TX de Instalação S. Vesica	1	Seringa 3 ml
11	TX-Bras	1	Seringa 5 ml
	TX. Estetoscópio	1	Seringa 10 ml
2	TX Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oftômetro de Pulse	1	Estrônomos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepon 20cm
	Thiobetamônio	1	Atadura Geessada 10cm
	Gastrina	1	Banda Uretral
	Petrolina	1	Soncha Nasogástrica
	Dormilol	1	Fita Sutura
	Fentanil 0,03mg	1	Orto Penrose
	Xilocaina a 5%	1	Orto Sucção
	Inoval	1	Orto de Tórax
	Xipocaina a 2%	1	Esparradupa
	Etoximida	1	Xilocaina Gel
	Keitalol	1	Álcool 70%
	Rubicouazina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf	1	Gomas
	Laxixol 0,5ml	1	Algodão Hidratado
	Neosol	1	Alexion Ortopédica
	Foram	1	Cidex
	Sulfato	1	Vaselina Cetol
	Cloropen	1	Aguilhas descartáveis
	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formal
	Próstigmino	1	Fio Cromado 0,61 agulha
	Atropina	1	Fio Cromado 0,81 agulha
	Adrenalinha	1	Fio Cromado 1,01 agulha
	Etomid	1	Fio Cromado 2,01 agulha
	Cefazolinha 10g	1	Fio Cromado 2,61 agulha
	Dixol	1	Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Plastil	1	Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Dipirona	1	Cat-gut simples 2 s/ agulha
	Espuma 500g	1	Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Itatil	1	Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 500mg	1	Cat-gut 2-0 pt anigêntico
	Aguilha de Ratzus Descartável	1	Cat-gut simples 3-0 s/ agulha
	Abre-crepe 20 e 22	1	Polycot 0 s/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 s/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 s/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Proline 2-0 s/ agulha
	Proline 0 s/ agulha	1	

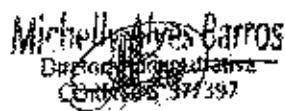
INVESTPREV

21 MAR 2017

DECLARAÇÃO

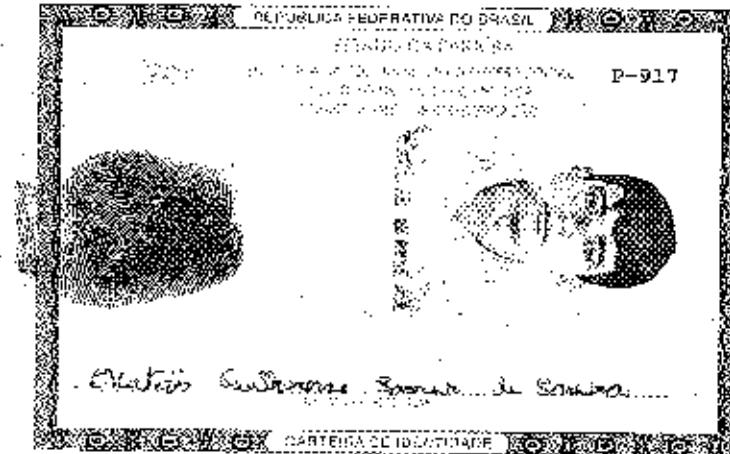
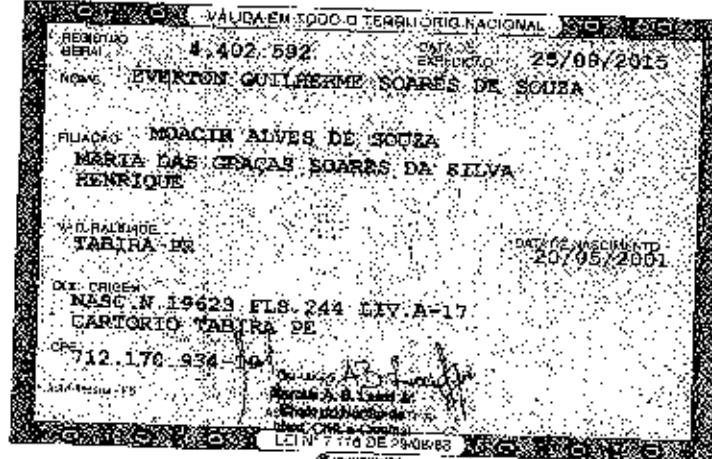
O Menor Everton G. Soares de Sousa, 14 anos deu entrada nessa unidade hospitalar no dia 13 de Dezembro de 2015 às 18:20 referindo ser vítima de acidente de moto apresentando corte-contuso em supercílio esquerdo e deformidade em coxa esquerda, foi avaliado por o médico Dr Gilson Brito plantonista do hospital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

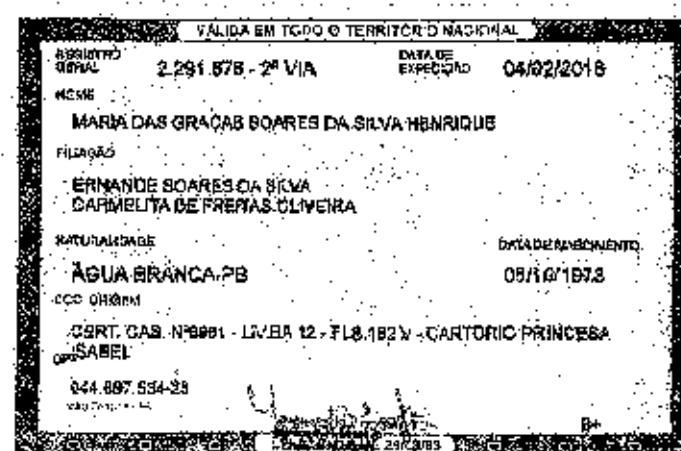
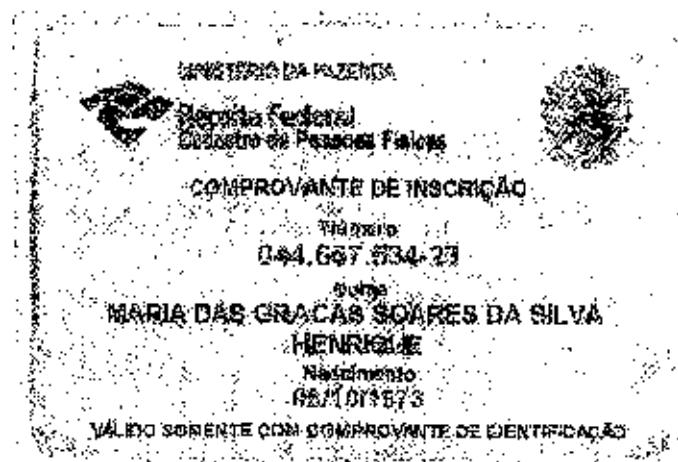
Atenciosamente,


Michelly Alves Barros
Diretora do Hospital
371397

MICHELLY ALVES BARROS

Diretora do Hospital Quitéria Maria de Oliveira





21 MAP 200

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - MS

Nº 010723974816

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIAJANTE: **EDUARDO NEVES** N.º: **1** VENCIMENTO: **2013**

1 00999378928 XXXXXXXX

LAUDECI TAVARES SANTOS

09230565864

NP62560

PLACA INT: **NPB2560/MT**

N.º: **9122KD03308RC76000**

ESPECIE: **MOTOCICLETA**

COMBUSTÍVEL:

GASOLINA

MARCA/Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES**

ANO: **2009 + 2008**

Capacidade:

2P/149CC

VELOCIDADE:

100Km/h

Partida:

PRETA

Cor:

VERMELHA

Identificação:

1 QUITADO

2 QUITADO

3 QUITADO

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

**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 FÉMUR 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 FÉMUR 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 suscetível 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

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



Prezados, boa tarde!

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

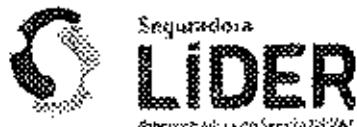
Marco Antonio Loureiro Domingos cancelou o sinistro.

16/05/2016 08:48 Cancelar processo

Data de nascimento correta 20/05/2001.

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

CUTORGANTE:

Nome: MARINA DE SOUZA SOARES DA SILVA FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: casada
Profissão: Advogada
Identidade: 2.291.646 CPF: 044.667.534-23
Endereço: RUA TEREZA FERREIRA 390 12400 VERMELHO AGUA BEANCA

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária
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 perícia 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.

NEVA BRONCE: CR: 02 / 02 / 2016

Local e data

INVESTPREV

21 MAR 2017

essere da me consigliata alla Signora

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma)

MARCIAL LERTE

Dr. Maria Asuncion Muzo Pineda
- Tablitas -

MARKETING LITERATURE

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 FÉMUR 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 FÉMUR 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:

