

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edvania Marques da Silva, RG de nº 2.139.818.2 data de expedição 07/09/2015 Órgão SSP PB, portador do CPF nº 996.1263.1224/20, com domicílio na cidade de Arara, no Estado de Paraná, onde reside na Sítio C/ps de João Borges, Rua/Avenida/Estrada/sítio) nº 514, Bairro Zona Rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Hercules Germano Marques Trajano cujo o condutor era Hercules Germano Marques Trajano.

Veículo motocicleta Honda Pop 100

Modelo Honda Pop 100 2011

Ano 2011

Placa NPU-2463/PB

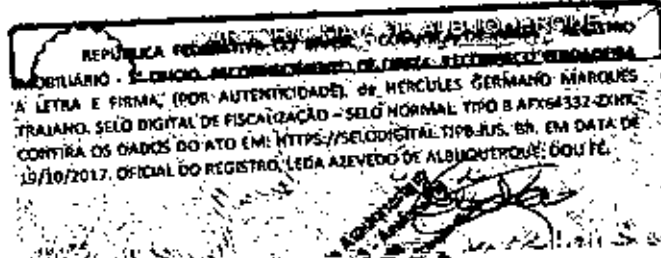
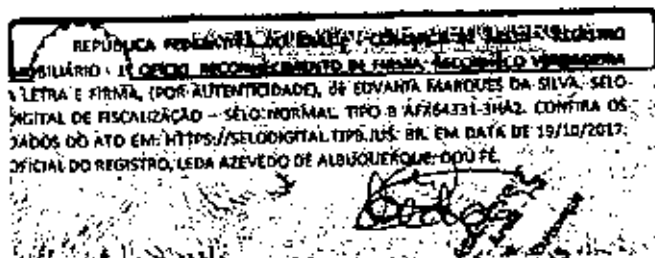
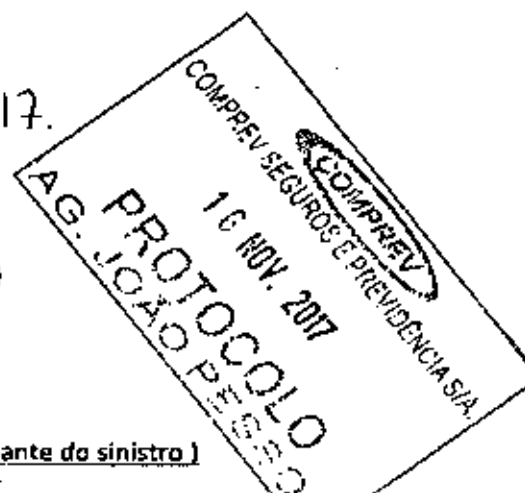
Chassi 9C2HBB210BR425294

Data do Acidente 22/08/2017

Local e Data Arara PB 19 de Outubro de 2017.

Edvania Marques da Silva
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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



GOVERNO
DA PARAIBA

99 280406
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



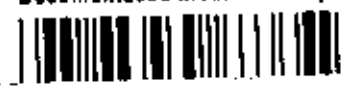
SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Herumbir Gernens
DATA DO ATENDIMENTO: _____
Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____
DIAGNÓSTICO: Tic
PROCEDIMENTO: Aut. de Dr. Marcelo Wagner
MÉDICO (CARIMBO): _____

Dr. Amador P. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-RJ 5273

Documentação médica - hospital



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG-JCAG-PES-204



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Aracelis Gama M. Trajano

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 22 / 05 / 11 A 28 / 05 / 11 NECESSITANDO DE
30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 28 / 05 / 11

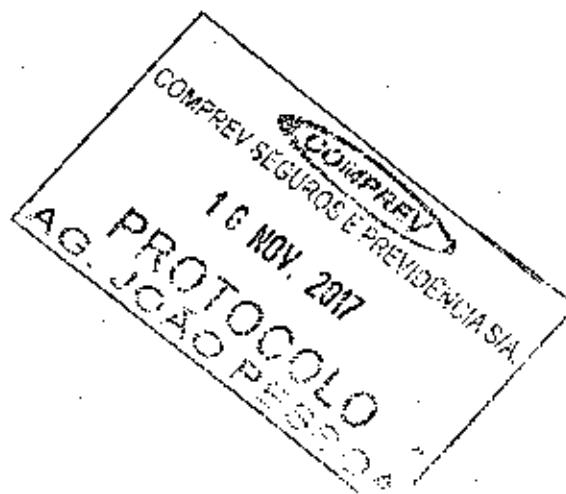
Dr. Aracelis G. M. Trajano
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5.73

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável _____





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Helenilson Gomes Marques		
End:	2111	Pedras (Bomfim)	Bairro: Av. ...
Data de Nascimento:	08.10.1995	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac - M	Data do Atend:	22.08.17 Hora: 20:30 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fútil de dor	() Gemente
Frequência respiratória:					Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:					Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:					Mucosas:	() Normocorada	() Pálida
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

COMPREV
COMPREV
16 NOV. 2017
PROTÓCOLO
JULIAO P...

GOVERNMENT OF PARAGUAY

SECRETARIA DO ESTADO DA SAUDE
Hospital de Emergência e Trauma D

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

NB 7-2

ICE

Paciente:	HERCULES GERMANO
-----------	------------------

25 AUG 2017

DATE

05:21:00 M1. 19 Feb 25 21 HRS

Original 2 ml (1 g:3 mm) + add 10 mL 1% BSA in 1

Mathematik am Gymg. W. 19. 1904

Original entry 1 amp + 10 ml IV BD dia

સાચા જીવન માટે જીવનના દરેક ક્ષણનો ઉપયોગ કરો

Transmittal 100mg - SFD,B%100mL IV 600

Содержит 25 мг VCo6 на мл и 10 мг VCo6 на 10 мл.

PSICOLOGIA BÁSICA

PARTIAL

Pregnancies:

6 Equilibrium

Gen. 15 Nov 44 PM

Uganda

171

10

1.1.1

1

Don't Clean
Anymore

OK
OK

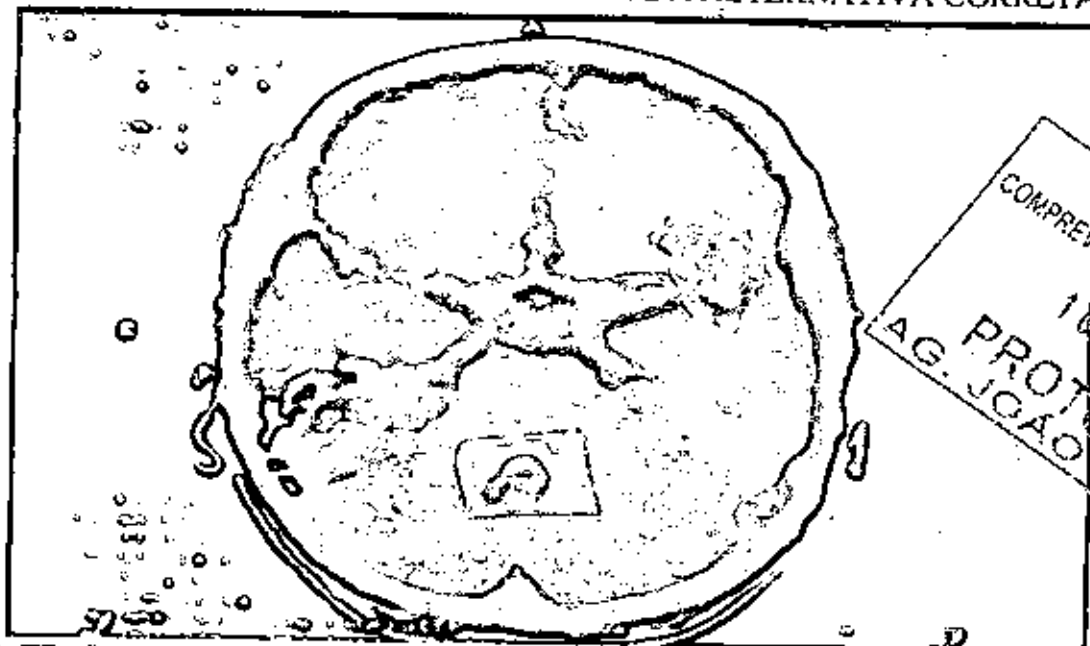
OK

COMPREV
13 NOV. 2017

PROTOCOLLO

8

05 2) PACIENTE DE SEXO MASCULINO, 42 ANOS COM HISTÓRIA DE CEFALÉIA SÚBITA E DE FORTE INTENSIDADE, SENDO DESCRITA COMO A PIOR DA VIDA, ASSOCIADO COM SINAIS DE RIGIDEZ NUCAL. REALIZADO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO MOSTRADA ABAIXO: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:



- 05
- A) TRATA-SE DE UMA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 2, PORTANTO PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É ANEURISMA ROTO, EXAME COMPLEMENTAR PADRÃO OURO É ANGIOGRAFIA CEREBRAL DOS 4 VASOS
 - B) PROVÁVEL HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 1, PORTANTO PUNÇÃO LOMBAR É INDICADO E SE HOVER SANGUE, COMPLEMENTAR COM ANGIOGRAFIA CEREBRAL DOS 4 VASOS
 - C) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 4, PRINCIPAL DIAGNÓSTICO É ANEURISMA ROTO, PODE SE DIAGNOSTICAR ESTA PATOLOGIA COM ANGIO-CT
 - D) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 2, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES SÃO VASOESPASMO, RESSANGRAMENTO E HIDROCEFALIA, TRATAMENTO PODE SER CIRÚRGICO OU EMBOLIZAÇÃO
 - E) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER GRAU 3, ANEURISMA CEREBRAL ROTO É A PRINCIPAL HIPÓTESE, PACIENTE PODE EVOLUIR COM DEFICIT MOTOR POR VASOESPASMO OU REBAIXAR CONSCIÊNCIA POR HIDROCEFALIA
- 3) PACIENTE DO SEXO FEMININO 32 ANOS, EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPEDE, EM USO REGULAR DE WARFARIN CP AS 16H POR DIA DECORRENTE DE UMA TVP. PROCURA O PS DE SUA CIDADE COM CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE, SÚBITA E AGUDA, HOLOCRAJIANA E EM

SAF

PACIENTE:	HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO
DATA DO EXAME:	22/08/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

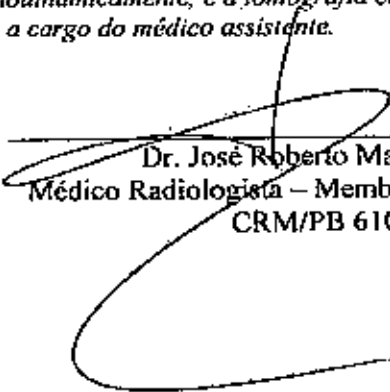
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101



NOME	Elisaveth de Jesus M. de Aguiar		
IDADE	21	INFERMIARIA	2
H. D.	TCC	ADMISSÃO	24.08.17
		HORA	18:00

GOVERNO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ RPA ☐ Choque ☐ L. Rami ☐ Cansa Nuro ☐ ICD ☐ Trauma ☐ PNT

☐ Hemorragia ☐ Outros:

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICD ☐ Cirurgia

HDA: *Paciente com alterações metabólicas e desequilíbrio respiratório*

SV: FC 70 bpm FR 12 ipm PA: 97 mmHg SpO2 97 % T 36 °C

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trófico: ☐ Hipo ☒ Hiper ☒ Normal

Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☒ Normal Força Muscular (grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Rogioes)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☒ Sem alterações

SUPOORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☒ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %

☐ Másc. Reinalação par. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCOMFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiraçens supraventriculares ☐ Tiraçens intercostais ☐ Tiraçens subcostais

☐ Uso de msc. acessória Insp. I/exp. ☐ Cianose ☐ Taquipneia ☐ Bradipneia ☐ Ruído paradoxal ☐ Estítorc ____ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ NÃO ☐ SIM

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica

Ausculta Pulmonar: *MV e Rm MTT. S1S2* Rato x Tox:

TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, quantidade: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: *TCC*

Campanha Granda, *24/08/17*

Dr. Aida Brito da Silva
FISIOTERAPÊUTA
CREFITO 46812-F

CONDUITA PROPOSTA INICIALMENTE

CD:	☐ THB	☐ TEP	☐ TEP	☐ VNI	☐ O2
☐ Aspiração	☐ TMV	☐ Decanulação	☒ Cinesioterapia	☒ MRP	
☐ Treino de Marcha	☒ Orientações	☐ Treino equilíbrio	☐ Transferências	☐ Sotestação	
☐ Ortostático	☐ Marcha	☒ Estimulação sensorial			

☒ Posicionamento: *Posição ativa global*

Outros: *Exercícios ativos globais*

Observações:

COMPREV
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
DE AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DE RISCOS

Paciente: HÉRCULES GERMANO

TCE

28/08/14

Dietas LIVRE LAXATIVA

SF 2500 ML IV NAS 24 HS

Diluição Zim (1 grama) + 200 ml IV 6/8h

Nausexion 8mg IV se necessário

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 30 ml IV bd dia.

Fisioterapia motora e respiratória.

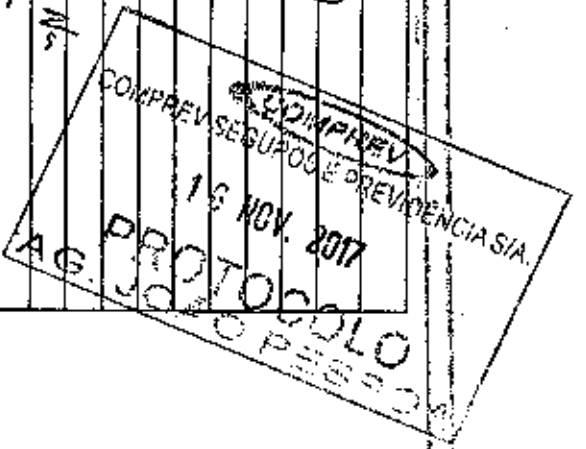
Tramadol 100mg + SF0,9% 100ml IV 8/8h

Cefepim 25 mg VO se não maior igual a 180 x 110 mmHg.

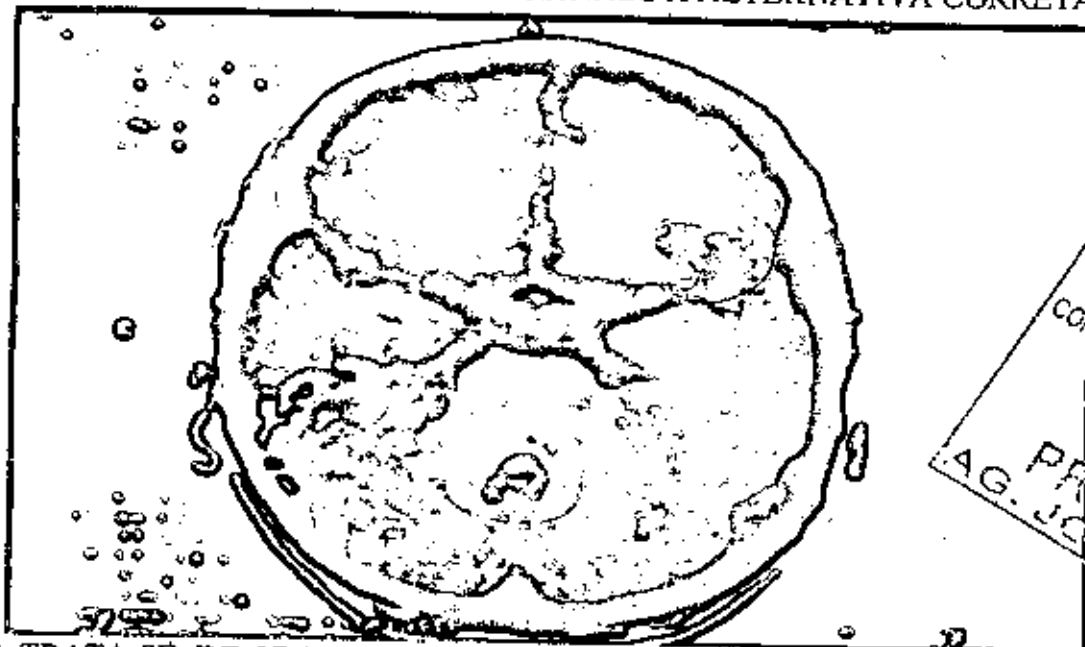
PA P TAX

Dr. J. J. S. Filho
Neurologista
CRM-PA 0773

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes



2) PACIENTE DE SEXO MASCULINO, 42 ANOS COM HISTÓRIA DE CEFALÉIA SÚBITA E DE FORTE INTENSIDADE, SENDO DESCRITA COMO A PIOR DA VIDA, ASSOCIADO COM SINAIS DE RIGIDEZ NUCAI. REALIZADO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO MOSTRADA ABAIXO: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:



- A) TRATA-SE DE UMA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER (2), PORTANTO PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É ANEURISMA ROTO, EXAME COMPLEMENTAR PADRÃO OURO É ANGIOGRAFIA CEREBRAL DOS 4 VASOS
- B) PROVÁVEL HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER (4), PORTANTO PUNÇÃO LOMBAR É INDICADO E SE HOVER SANGUE, COMPLEMENTAR COM ANGIOGRAFIA CEREBRAL DOS 4 VASOS
- ☒ C) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 4, PRINCIPAL DIAGNÓSTICO É ANEURISMA ROTO, PODE SE DIAGNOSTICAR ESTA PATOLOGIA COM ANGIO-CT
- D) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER 2, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES SÃO VASOESPASMO, RESSANGRAMENTO E HIDROCEFALIA, TRATAMENTO PODE SER CIRÚRGICO OU EMBOLIZAÇÃO
- ☒ E) HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA FISHER GRAU 3, ANEURISMA CEREBRAL ROTO É A PRINCIPAL HIPÓTESE, PACIENTE PODE EVOLUIR COM DEFICIT MOTOR POR VASOESPASMO OU REBAIXAR CONSCIÊNCIA POR HIDROCEFALIA
- 3) PACIENTE DO SEXO FEMININO, 32 ANOS, EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPEDE, EM USO REGULAR DE WARFARINA 5-16H POR DIA DECORRENTE DE UMA TVP. PROCURA O PS DE SUA CIDADE COM CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE, SÚBITA E AGUDA, HOLOCRAIANIA E EM



015 APERTO, ASSOCIADO COM NÁUSEAS E VÔMITOS, NÃO APRESENTANDO SINAIS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E CONFUSÃO MENTAL. NÃO APRESENTA DEFICIT MOTOR E DIFÍCIL AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE PELA CONFUSÃO MENTAL. AO EXAME: PA- 130/90MMHG, GLASGOW 14, PUPILAS NORMAIS E FOTORREAGENTES, HEMOGRAMA NORMAL, FUNÇÃO RENAL NORMAL, FUNÇÃO HEPÁTICA NÃO PESQUISADO, TS E TC NORMAIS ECG E EEG NORMAIS, INR- 5,5, TOMOGRAFIA CEREBRAL A SEGUIR:



A) PRINCIPAL HIPÓTESE É AVCI COM TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA DECORRENTE DE MEDICAÇÃO

B) AVCH LOBAR POR MAV, ANGIOPATIA AMILÓIDE OU HAS

C) AVCH POR MAV OU ANEURISMA

D) AVCH POR CAVERNOMA, DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO, ANGIOPATIA AMILÓIDE OU MAV

NDA

lobos → drogas
→ MAV
→ angioptose lobos

COMPREV
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

014 4) SOBRE O CASO ACIMA, QUAL SUA CONDUTA? Suporte ventilatório, controle de glicemia, hidroeletrolítico, de temperatura, curar com o warfarin e fazer plasma fresco congelado + vit K para reverter a ação da droga, reduzir assim o INR. Controle da PA, neste caso a paciente já está com uma PA estável (130 x 90 mmHg)

014 5) PACIENTE CHEGA AO PS AS 3H DA MANHÃ COM HISTÓRIA DE HEMIPARESIA COMPLETA DESPROPORCIONADA A DIREITA, AFASIA E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FOI VISTO BEM AS 2H DA MANHÃ APOS TÉRMINO DE FESTA, PA 170/100MMHG E TOMOGRAFIA A SEGUIR:

Data da internação: 22/08/2017 Hora: 22:25:49



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1491543

7 - CARTÃO DO SUS

708600050426782

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/10/1995

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

EDVANIA MARQUES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

71 985621415

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO ENGENHO CIPÓ, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Areia

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250110

15 - UF

PB

16 - CEP

58397000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima acidente de moto na R. da
TC de Crânio e pequenos hematomas esclerodermatos
devido

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de moto

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC de Crânio

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hematoma Extradural

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NOR

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285871707

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

VALBER THADEU DO VALE VITORINO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/08/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

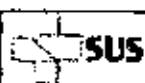
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data da internação: 22/08/2017 Hora: 22:25:49



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1491543

7 - CARTÃO DO SUS

708600050426782

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/10/1995

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

EDVANIA MARQUES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 71

986621415

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO ENGENHO CIPÓ, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Areia

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250110

15 - UF

PB

16 - CEP

58397000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ECG com

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca congestiva

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Vet

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285871707

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

VALBER THADEU DO VALE VITORINO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/08/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNES DA SEGURADORA

37 - Nº DO OILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID-ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO (P)		3715058 5505 PB
	OR	DATA NASCIMENTO	
	114.129.354-40	08/10/1995	
	FILIAÇÃO		
JOSE GERMANO TRAJANO DOS SANTOS EDVANIA MARQUES DA SILVA			
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1289275020	PERÍODO	NCC	CATEG.
	06469415540	24/11/2019	AB
	VALIDADE 24/09/2015		
OBSERVAÇÕES			
Assinatura: <i>Hercules Germano M. Trajano</i>			
AUTENTICAÇÃO DO PORTADOR			
PERÍODO PLASTIFICADO 1289275020	LOCAL	DATA EMISSÃO	
	CAMPINA GRANDE, PB	27/09/2016	
	Assinatura: <i>Anabela</i>		04319105518 PRO33302537

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CODIGO DE IDENTIFICACAO

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

Rua Marques da Silva, 83 - Centro Fone: 3341-6035

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fô que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28.06.17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tribuna

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro de Lucena
CAMPINA GRANDE - PB

INSTITUTO

21472

INACIO BRUNO SARMENTO

IDENTIDADE DE ADVOGADO

CONSELHO SECCIONAL DA PARABIA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA

MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OLHO D'AGUA-PE

6474443073

214723 - SSP/PE

Nº de Inscrição e Registro

20/03/2017

02

214

036.781.814-05

CPF

24/10/1978

- Data de Nascimento

16 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28

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 1040 1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170620097 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERCULES GERMANO MARQUES **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
TRAJANO

PARECER

Diagnóstico: trauma craniano com hematoma extradural

Descrição do exame médico pericial: sem déficit cognitivo ou motor

Resultados terapêuticos: paciente chega deambulando, consciente no tempo e no espaço, lembra do evento e acidente. refere ter ficado internado no hospital de trauma por 7 dias e atualmente não mais faz acompanhamento

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/12/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170620097 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERCULES GERMANO MARQUES **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
TRAJANO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NÃO DEFINIDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**

Nº Sinistro: **3170620097**

Vitima: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170620097**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12009796



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**

Sinistro: **3170620097**
Vítima: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170620097** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**

Nº Sinistro: **3170620097**

Vitima: **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170620097**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170620097 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CIPO DE JOAO BORGES nº S/N - ZONA RURAL - AREIA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3715058 - SSP**
Data local do exame: **06/12/2017 CAMPINA GRANDE/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)

trauma craniano com hematoma extradural

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

paciente chega deambulando, consciente no tempo e no espaço, lembra do evento e acidente. refere ter ficado internado no hospital de trauma por 7 dias e atualmente não mais faz acompanhamento

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ 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.

sem déficit cognitivo ou motor

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

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 06/12/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

11412935440

Nome completo da vítima

Heracles Germano Marques Trojano

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Heracles Germano Marques Trojano		CPF titular da conta 11412935440	Profissão
Endereço Sitio Grão do João Borges		Número 51N	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Arua	Estado Paraná	CEP 58397000
Email mocio.bruno.odu@gmail.com			Telefone (DDD) 83 486434993

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 1100 (Informar dígito se existir)	D/V ____	CONTA NRO. 18301 (Informar dígito se existir)	D/V 4 (Informar dígito se existir)

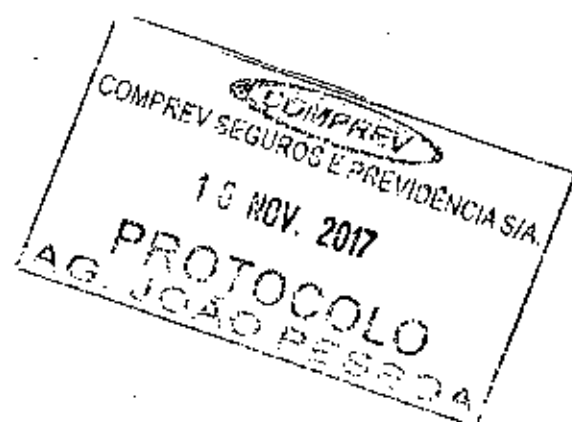
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande, 27 de Outubro de 2017
Local e Data

Heracles Germano Marques Trojano

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

11412935440

Nome completo da vítima

Heracles Germano Marques Trojano

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Heracles Germano Marques Trojano		CPF titular da conta	11412935440	Profissão
Endereço	Sitio Grão do João Borges		Número	51N	Complemento
Bairro	Zone Rural	Cidade	Arara	Estado	CEP
				Roraima	58397000
E-mail	mocio.bruno.odu@gmail.com			Telefone (DDD)	83 986434993

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1100 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome AGÊNCIA NRO. 18301 D/V 4 (Informar dígito se existir)	

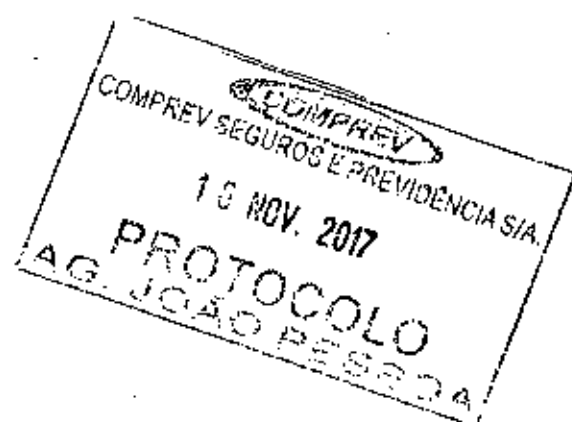
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 27 de Outubro de 2017
Local e Data

Heracles Germano Marques Trojano

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

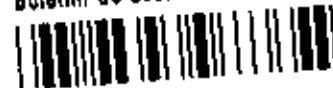
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE AREIA
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº.: 529/2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 529 registrada em 17/10/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 17/10/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:16:55 horas, compareceu o Sr(a) HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO, nascido(a) em 08/10/1995, filho(a) de JOSE GERMANO TRAJANO DOS SANTOS e EDVANIA MARQUES DA SILVA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de ESPERANÇA/PB, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 3.715.058, expedido pela SSP-PB, com CPF 114.129.354-40, residente a(ao) RSÍTIO ENGENHO CIPÓ, PX À CAPELA SÃO SABASTIÃO, ZONA RURAL, na cidade de AREIA-PB, telefone 83998112505.

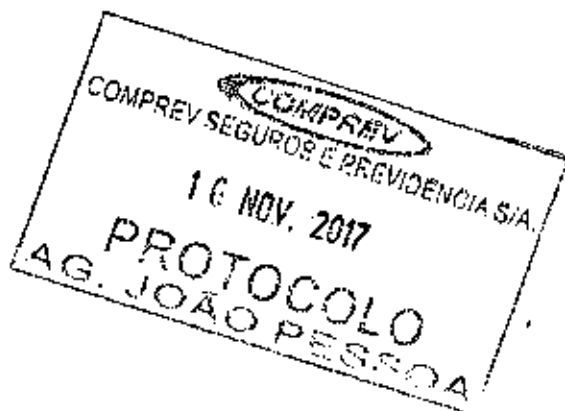
Declarou que:

QUE na data de 22/08/2017, por volta das 18 horas, estava transitando com destino a cidade de Alagoa Nova/PB, em sua motocicleta MARCA/MODELO: HONDA/POP 100, ANO/MODELO: 2011/2011, PLACA: NPU 2463/PB, COR: PRETA, CHASSI: 9C2HB0210BR42S294 e RENAVAM: 30662142-8, licenciada em nome de EDVANIA MARQUES DA SILVA, quando nas proximidades da barragem CAMARÁ um cavalo saiu de dentro do mato e o noticiante acabou colidindo a motocicleta com o animal; QUE, devido à colisão, o noticiante caiu ao solo e não conseguiu se levantar; QUE um amigo do noticiante, de nome EDNEI, que ia mais à frente, também de motocicleta, ouviu o barulho da batida e voltou para lhe ajudar; QUE EDNEI deixou o noticiante deitado no chão e foi pedir socorro; QUE, minutos depois, EDNEI voltou com a pessoa de VINICIUS, também amigo do noticiante, que lhe colocou no carro e lhe levou para o Hospital Municipal de Alagoa Nova/PB, onde recebeu os primeiros socorros, tendo sido posteriormente transferido para o Hospital de Trauma de Cidade de Campina Grande/PB; QUE, devido a colisão, o noticiante teve que passar uma cirurgia na orelha, devido aos cortes, e teve traumatismo craniano, recebendo atestado médico de 30 dias.. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresse a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

AREIA/PB, 17 de outubro de 2017

Hercules Germano Marques Trajano
HERCULES GERMANO MARQUES TRAJANO
Declarante

Antônio Jacinto de Sousa Junior
ANTÔNIO JACINTO DE SOUSA JUNIOR - AD HOC
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Hercules Germano Marques Trajano, portador da carteira de identidade nº 34 TS 058 e inscrito no CPF/MF sob o nº 114-129-354-40, residente e domiciliado na Estrada Lipo de São Berge 914 Zona Rural, Cidade Aracá, Estado Paraná, 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

() 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.

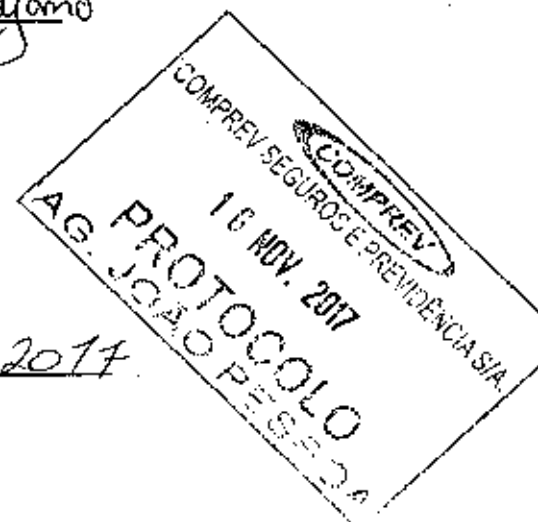
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Hercules Germano Marques Trajano

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracá PB 16 de outubro 2017

Local e data



EDVANIA MARQUES DA SILVA
SIT. CPO DE JOAO BORGES, S/N - AREA RURAL
AREA / PB CEP: 5837000 (AG-71)

Emissão: 09/10/2017 Referência: Out / 2017
Classif/Subcl: RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFASICA 220 V-25 - Cód. de Referência: João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 4 - 72 - 170 - 5490 Nº medidor: 00000942405

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.035.189/0001-40 Ins. Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Confete Energia Elétrica Nº 000 276 560
Cód. para Dts. Automático: 0000002120

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Out / 2017 09/10/2017 09/11/2017 99626322420

UC (Unidade Consumidora): 5/889263-0

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
CADASTRO BIOMÉTRICO
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO, PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Comprovante de residência



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
11/09/17	14102	09/10/17	14183		81		28
Demonstrativo							
QDT	Descrição	Quantidade (Tensão)	Valor Base (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Cotat (R\$)	Cotat (R\$)
		Tabela Tarif (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por Cotat (R\$) (0,0000%) (1,7097%)		
0001	Consumo em kWh	81,000 0,439400	20,02	28,02 25	7,00	28,02	0,29 1,34
0001	Adic. B. Amarela		1,18	1,18 25	0,29	1,18	0,01 0,05
0001	Adic. S. Vermelha		0,81	0,81 25	0,24	0,81	0,01 0,04
0010	Substância		12,01	12,01 25	2,00	12,01	0,12 0,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0004	JUROS DE MORA 09/2017		0,19	0,00 0	0,00	0,00	0,00 0,00
0005	MULTA 09/2017		0,71	0,00 0	0,00	0,00	0,00 0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2017		0,09	0,00 0	0,00	0,00	0,00 0,00
0008	Devolução Substância		-8,21	0,00 0	0,00	0,00	0,00 0,00

COR Código de Classificação do Item TOTAL: 34,77 42,12 10,53 42,12 0,43 2,01

Média últimos meses (kWh) 72 VENCIMENTO 17/10/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 34,77

Histórico de Consumo (kWh)

69 70 55 28 1 85 82 81 83 89 108 83 97
Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16 Out/16

3956.667f.1d11.dd52.13bb.cc1d.bfab.e86f

Indicadores de Qualidade 01/2017 - Anos

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	11,94	5,28
DIMENSIONAL	23,88	
DIMENSIONAL	47,73	
DIMENSIONAL	7,92	
DIMENSIONAL	15,84	
DIMENSIONAL	31,68	
DIMENSIONAL	6,36	
DIMENSIONAL	12,72	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - P&B	7,48	21,46
Custos de Energia	10,19	28,28
Serviços de Transmissão	1,14	3,28
Serviços de Distribuição	2,06	5,92
Impostos Federais e Encargos	13,83	40,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,77	100,00

Valor do SUSO (Ref. 01/2017) R\$ 11,38

ATENÇÃO Subvenção DEC. 7.89 W/13 R\$ 8,21

COMPREV
13 NOV. 2017
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA

TRACIO BRUNO SANTIAGO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 300 / B - BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 56100000 (AG: 401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 0800 023 0196
Retro: 12 - 401 - 656 - 4320 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 00008095725 Emissão: 21/06/2017

energisa
ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
716 Imãs - Campina Grande / PB - CEP 56423-700
CNPJ 08.621.536/0001-85 Ins. Est. 16.003.229-1
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica Nº 000 126 428
Código para Ombre Automático: 00002541948

Comprovante de residência



Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

21/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

20/07/2017

CPF / CNPJ / RANI

3878181408
Ins. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/05/17	1551	21/06/17	1844	
		1	83	33

Descrição	Demonstrativo		Preço	Valor (R\$)
	Quantidade			
Consumo em kWh	83		0,42708	35,71
Adc. B. Verificação				0,89
ICMS				14,31
PIS				0,40
COFINS				1,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIB. ILM. PÚBLICA				7,33
JUROS DE MORA 05/2017				0,10
MULTA 05/2017				1,45

Histórico de Consumo
(kWh)

Ma/17	114
Ab/17	126
Ma/17	134
Fev/17	124
Jan/17	137
Dez/16	130
Nov/16	128
Out/16	83
Set/16	90
Ago/16	84
Jul/16	89
Jun/16	102

Média dos últimos meses
112

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	57,25	25,00	14,31
PIS	57,25	0,6992	0,40
COFINS	57,25	3,2204	1,84

VENCIMENTO
28/06/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 66,13

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 / Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

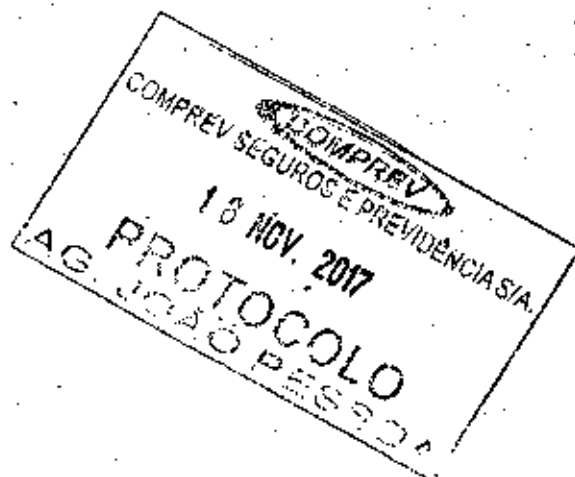
Certifico e dou fé que o presente é cópia fotostática
e a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

280617

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AF44363-41CB

Consulte a autenticidade em <http://selo.digital.tjpb.jus.br>





Seguradora
Declaração Circular SUSEP 445/12

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Bruno Corrêa inscrito (a) no CPF 03678184 / 08
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Heracles Germano Marques Trigueiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº 114 29354 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Heracles Germano Marques Trigueiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114 29354 / 40 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antonio Sérgio de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Boa Esperança</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>josébrunoadv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 33341269</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 999885048</u>

C. Grande 27 de Outubro de 2017
Local e Data

José Bruno Corrêa
Assinatura do Declarante