
Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243466

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Data do Acidente: 27/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190243466

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Data do Acidente: 27/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSILENE DOS SANTOS GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190243466

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Data do Acidente: 27/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSILENE DOS SANTOS GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000223254-50 Nome completo da vítima: Rosilene dos Santos Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rosilene dos Santos Gomes CPF: 000223254-50

Profissão: _____ Endereço: R. Manoel Jacinto de Brito Número: 60 Complemento: Cozinha

Bairro: Cruz das Almas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650

E-mail: _____ Tel. (DDD): 33 99921 9283

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 013

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 15704 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 29/03/2019
 Nome: Rosilene dos Santos Gomes
 CPF: 000223254-50

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

2º Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV
 COMPREV SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura
 29 MAR 2019
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0601 - 2016	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Júnior Nunes de Carvalho	Posto/Graduação: SGT/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Emp. João Rodrigues Alves/R. Severino	Hora 17:30	Bairro Bancários
Toscano de Brito	Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 27/08/2016	Dia da Semana Sábado	C/S Vitima (QT) 02
Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego no local Via de Sentido Único	

CONDUTOR 01

Nome Eurípides Ferreira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 27/07/1984	RG 2898568-PB
Endereço Rua Maestro Joaquim Pereira, 275, Mangabeira VI, João Pessoa PB - Tel.(083)988668591			
1ª Habilitação 10/12/2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 04835826496	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 15/12/2019	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 01

Marca Honda Bros	Espécie Pas/Motocicleta	Placa NPT7692	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Glaudete Silva de Araújo					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012710738696	Renavan N.º 04549007428	Data da Emissão 03/08/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via "A" sentido Mangabeira faixa da direita, quando o V2(Corolla) que trafegava na faixa da esquerda de repente sem ligar a seta manobrou a direita cruzando na sua frente interceptando sua passagem causando o sinistro.

CONDUTOR 02

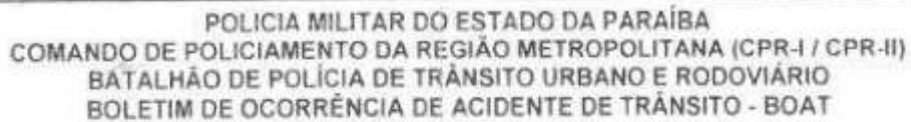
Nome Mércia Eliane Cardoso	Sexo Feminino	Nascimento 10/04/1953	RG 275774
Endereço Rua João Galiza de Andrade, 262, LT Jardim São Paulo, João Pessoa PB - Tel.(083)98866-8591			
1ª Habilitação 10/12/2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 2898568	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 15/12/2019	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 02

Marca Toyoto Corolla	Espécie Pas/Automóvel	Placa OFG3466	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Odete Magalhães Libano					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 011574974780	Renavan N.º 00486334333	Data da Emissão 29/08/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Foi ouvida no Bpttran dia 02/09/2016 e disse que trafegava na via "A" na faixa da direita, quando a mesma sinalizou para entrar na via "B", foi quando o V2 foi surpreendido pelo v1, ocorrendo o acidente.



Quint. Nunes de Carvalho 1º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0601 - 2016										DADOS DO ACIDENTE										
Responsável pelo Levantamento do Acidente: Júnior Nunes de Carvalho										Posto/Graduação: SGT/PM										
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Emp. João Rodrigues Alves/R. Severino										Hora 17:30		Bairro Bancários		Município: João Pessoa				UF PB		
Toscano de Brito																				
Data/Ocorrência 27/08/2016			Dia da Semana Sábado			C/S Vítima (QT) 02		Natureza do Acidente Abalroamento			Tipo de pavimento Asfalto			Condições/Via Seca		Tempo Bom				
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos										Controle do tráfego no local Via de Sentido Único										

CONDUTOR 01

Nome		CONDUTOR 01						
Eurípides Ferreira da Silva		Sexo		Nascimento		RG		
		Masculino		27/07/1984		2898568-PB		
Endereço								
Rua Mestre Joaquim Pereira, 275, Mangabeira VI, João Pessoa PB – Tel.(083)988668591								
1ª Habilitação		Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.med./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
10/12/2009		AB	04835826496	PB	Sim	15/12/2019	-	Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica				Destino do Condutor				
Não				Socorrido ao Hospital				

VE/CULO 01

VEÍCULO 01					
Marca	Especie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Honda Bros	Pas/Motocicleta	NPT7692	Particular	João Pessoa	PB
Nome do Proprietário Glaudete Silva de Araújo					
Seguradora	Bilhete N°	Renovar N°	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
DPVAT	012710738696	04549000-0	Emissão 03/08/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR (U)

Condutor declarou que: trafegava na via "A" sentido V2(Corolla) que trafegava na faixa da esquerda de repente sem ligar a seta manobrou a direita cruzando na sua frente interceptando sua passagem causando o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome Mércia Eliane Cardoso		Sexo Feminino	Nascimento 10/04/1953	RG 275774
Endereço Rua João Galiza de Andrade, 262, LT Jardim São Paulo, João Pessoa PB – Tel.(083)98866-8591				
1ª Habilitação 10/12/2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 2898568	U.F. PB	Ex.med./Dia Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Data Vencimento 15/12/2019		
		Usava cinto -		
		Usava Capacete -		
		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 02

Marca Toyota Corolla	Espécie Pas/Automóvel	Placa OFG3466	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.R. PI
Nome do Proprietário Odete Magalhães Líbano					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 011574974780	Renavan Nº 00486334333	Data da Emissão 29/08/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Foi ouvida no Bptran dia 02/09/2016 e disse que trafegava na via "A" na faixa da direita, quando a mesma sinalizou para entrar na via "B", foi quando o V2 foi surpreendido pelo v1, ocorrendo o acidente.

COMPREV
CONTRATOS PREVIDÊNCIA S/A

03 JUN. 2019

PROTÓCOLO
AO JOÃO BESSA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N°0601 - 2016

VÍTIMA 01

Sexo

Masculino

Nascimento

27/07/1984

pides Ferreira da Silva

eço

Maestro Joaquim Pereira, 275, Mangabeira VI, João Pessoa PB - Tel.(083)988668591

Usava Cinto

Viajava no Veículo N°

01

Conduzida Para
Hospital

ndição da Vítima

ndutor

VÍTIMA 02

Sexo

Feminino

Nascimento

13/01/1986

me

silene dos Santos Gomes

idereço

ua Maestro Joaquim Pereira, 275, Mangabeira VI, João Pessoa PB - Tel.(083)988668591

Usava Cinto

Viajava no Veículo N°

01

Conduzida Para
Hospital

ondição da Vítima

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o sinistro ocorreu dentro da Via "A", sendo que o indutor do VI (Motocicleta) foi socorrido ao Hospital de Trauma com o carona que teve um impacto na cabeça; 2 não foi identificado no local; não foi constatado nenhuma frenagem; guarnição do 5° PM (SGT Delosmar) já estava no local do sinistro quando a guarnição (VTR 6384 BPTRAN) chegou; Boletim registrado na Delegacia de acidente de trânsito em anexo; V1 teve impacto na frente e lateral esquerda; V2 teve impacto na lateral direita dianteira.

João Pessoa - PB, 27 de Setembro de 2016.

BOLETIM DE TRÂNSITO ORIGINAL E AUTENTICADO
Cópia de Conformidade com o Original

BR 21, 11, 12/2016

ADRIANA MARIA DO NASCIMENTO

N.º 626.321-2


Junior Nunes de Carvalho 1° SGT PM

Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



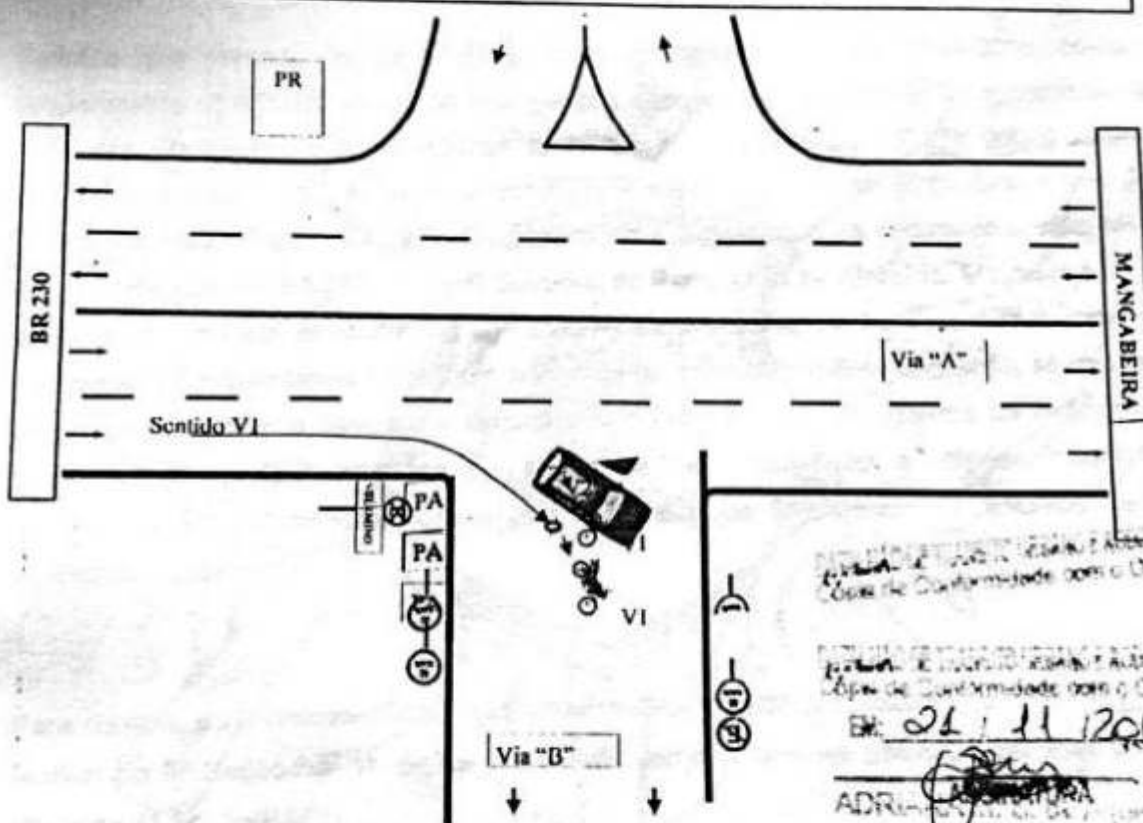
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0601/ 2016

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Empresário João Rodrigues Alves 08,00metros
 VIA "B" - Rua Severino Toscano de Brito 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Villagio Gasoline I
 PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 04.20 e Traseiro Direito 03.00 metros para (PA)
 V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 03.90 e Traseiro Direito 02.60 metros para (PA)



DELEGADO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original

DELEGADO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original

EM: 24 / 11 / 2016

ADRIANA MARIA DE SOUZA
 Nº 326.321-2

DENÚNCIA INFORMATIVA NÃO OBTIDA: ESCALA

AVARIAS



V1



V2

[Signature]
 Junior Nunes de Carvalho 1º Sgt PM
 Responsável pelo Levantamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000223254-50 Nome completo da vítima: Rosilene dos Santos Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rosilene dos Santos Gomes CPF: 000223254-50

Profissão: _____ Endereço: R. Manoel Jacinto de Brito Número: 60 Complemento: Cozinha

Bairro: Cruz das Almas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650

E-mail: _____ Tel. (DDD): 33 99921 9283

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 013

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 15704 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 29/03/2019
 Nome: Rosilene dos Santos Gomes
 CPF: 000223254-50

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

2ª Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV
 COMPREV SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura
 29 MAR 2019
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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



VISTO EM: 02/12/16

Josinete B. dos Santos

TEN. QOARM-517240-3

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 29 de Novembro de 2016.

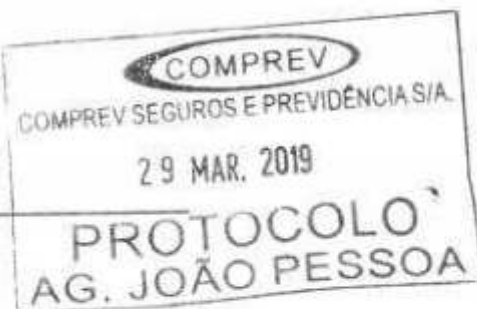
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 464/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/08/2016, conforme requerimento nº 465/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h30min o/a Sr.(a) **ROSILENE DOS SANTOS GOMES** CPF Nº 000.223.254-50, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na Rua. Empresário João Rodrigues Alves, Bancários, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o **SARGENTO BM** Severino do Ramo Lima de Almeida, Matrícula 518.130-5, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando ferimentos abrasivos no membro superior esquerdo, se queixando de dores na coluna e pescoço e escoriações no pé. A vítima era garupa da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete** Gurjão Leôncio Pinheiro- SD BM, Mat. 523.935-0, (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Elizabete Gurjão Leôncio Pinheiro
Sd. QOARM
Mat. 523.935-1

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO
DA PARAIBA**Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

467065

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA FIZ ALVES

RUA MANOEL JACOMO DE BRITO, 60 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA PB 58085-650

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água/Situação Esgoto
001.014.230.070.000	08/11/2018	Residencial	Residencial
301	301	28	08/11/2018
HIST. CONS. ANO	LEIT. QUALID. ÁGUA	ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.
SET/2018	2	30	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
AGO/2018	2	30	TURBIDEZ
JUL/2018	2	30	CLORO
JUN/2018	2	30	PH
MAY/2018	2	30	COND. TOTAIS
ABR/2018	2	30	DADOS RELACIONADOS A AGO/2018
MEDIA(H)	2	30	

DATA DA IMPRESSÃO: 09/10/2018

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE: 53
CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE: 53
CONSUMO DE ESGOTO

HORA DA IMPRESSÃO: 09:57:33

CONSUMO

TOTAL (R\$)

2.43

37,91

2.43

38,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E COFINS, LEI 12.743/12
VENCIMENTO: 22/10/2018

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

QUANDO A INFÂNCIA E PERJUÍZO, NÃO TEM JOGO GABRIEL

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
467065	OUT/2018	22/10/2018	R\$ 68,24

826600000000 2 68240010001 7 00046706501 7 10201890003 9





171 聖公堂

GHILLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
R ABELARDINO DA S G BARRETO 51
AP7502A - A BRANCO
58046 110 JOAO PESSOA - PB

2502A



Data de Prestação: 24/12/2019
 Carta de Apresentação: 09/01/2019
 Data de Encerramento (emissão): 24/12/2019
 Data prevista de término da prestação de serviço (emissão): 24/12/2019

COMPREV

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019

29 MAR. 2019

29 MAR. 2015
PROTOCOLLO
AG. JOAO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Guiliana Flávia de Amorim Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosilene dos Santos Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.223.254 / 50 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Rosilene dos Santos Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.223.254 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Abelardo da Silva Guimarães Barreto</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplano</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(33) 99921-8088</u>

João Pessoa, 29 de Março de 2019
Local e Data

Guiliana Flávia de Amorim Nogueira
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSILENE DOS SANTOS GOMES
DATA DE NASCIMENTO 13/01/86
NOME DA MÃE VERONICA MARIA DOS SANTOS GOMES

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 943371
DATA DO ATENDIMENTO 27/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 18:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (TORAX, COLUNA CERVICAL E TORACO-
LOMBAR
CID 10 S20.2, S10.9, S30.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COLUNA CERVICAL, TORAX E COLUNA DORSO-LOMBAR. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX TORAX, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORACOLOMBAR

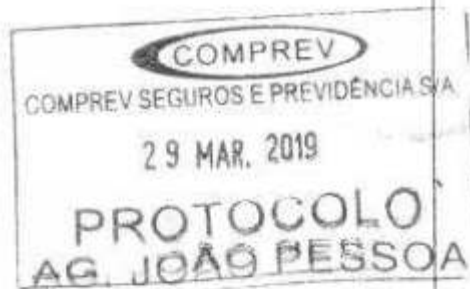
RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES RADIOLOGICOS NORMAIS

TRATAMENTO:

CONSERVADOR - MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 27/08/16
DATA DA EMISSÃO: 22/03/19



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sr - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 943371



Identificação do paciente

ID 590468	Nome ROSILENE DOS SANTOS GOMES	Sexo Feminino
Data de nascimento 13/01/1986	Idade 30 anos 7 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe VERONICA MARIA DOS SANTOS	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai ROSINALDO GOMES	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987279642	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento 898003989095643	Nº Cria
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CSOR

Endereço

CEP 58058812	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MAESTRO JOAQUIM PEREIRA
Número 275	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 27/08/2016 18:02:10	Numero da pulseira 1000005641757	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Vch. 23.00 27-08-16 Acidentado motociclista f. 15 Ch. Obstrução						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 03min 07seg

Atendimento
19:20 27/08/16
Dr. Ricardo R. Carvalho

Imprimir

28/08/16
19:20 27/08/16
CURTIEN 15
ALTA 21/08/16

Dr. Ricardo R. Carvalho

27/08/2016 18:04



Primeiro Atendimento Médico

100000664757 BE: 943371
 ROSILANE DOS SANTOS GOMES
 DT: NASC: 13/01/1996
 NOME: VERONICA MARIA DOS SANTOS
 END: APOSTRO JOAQUIM PEREIRA
 N° 276 - MANGABEIRA
 JORD PESSOA
 FONE: ()
 CELULAR: (81) 997276642
 IDADE: 30
 DT ENTRADA: 17/08/2016 16:02:10

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente com moto, cinto de segurança, impacto no tórax e abdômen, queda de cabeça, torção e contusão no membro superior esquerdo.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Patentes ☐ Obstruídas
 AÉREAS ☒ Sim ☐ Não
 CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
 VENTILAÇÃO:
 TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☒ Não
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
 HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim ☐ Não
 HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
 HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

Tempo: _____ Imp _____ SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



100005641757 BE 943371
ROSILENE DOS SANTOS GOMES
DT NASC: 12/01/1986
MRE: VERONICA MARIA DOS SANTOS
END: RUA SARGENTO JORQUIM PEREIRA
N. 278 - MARABEIRAS
JORDO PESSOA
FONE: (11)
CELULAR: (11) 997179642
IDRONE: 30
DT ENTRADA: 27/08/2016 14:02:10

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT

CONVÊNIO/ACIDENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domício ☐ Ambulância de transporte ☐ Ambulância SAMU ☐ Polívia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Morte ☐ Atropelamento ☐ Queda ☐ Bateria ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Ferimento fechado ☐ Ferimento aberto ☐ Hemorragia ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Hematomas ☐ Objeto enfiado ☐ Perimato contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

EXAME FÍSICO PA: 110/70 mmHg P: 89 bpm SpO2: 100% Tax: _____

Sistema Neurológico: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
Nível de Consciência: ☐ Simétrico ☐ Assimétrico Tamanho: ☐ Midríase ☐ Mídrise
Avaliação das pupilas: ☐ Anisocóricas ☐ Mídrise

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação espontânea ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentas
☐ Traqueostomia ☐ Expectoração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor a palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor a palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Doença ☐ Hematuria ☐ Olégia ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergia ☐ Cirurgias

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
Atenção de enfermagem, guerra de pontuação por febre e dor no peito, a avaliação e que um dos da equipe.

Ana Návia Melo

ENFERMEIRA

COREN:

F(NG) ENF 022-1

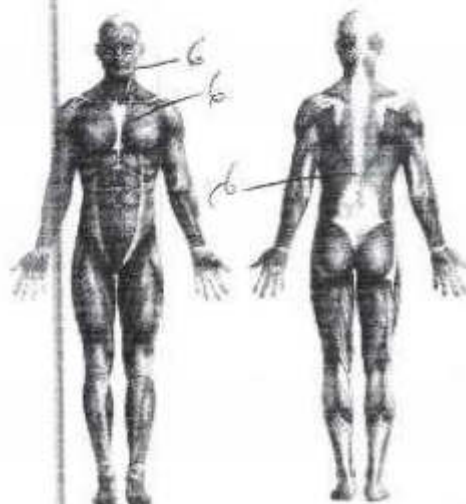
*Derivação foi comunicada
AO NCR em 21:40, br. George*

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número
correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| ☒ Radiografias | ☐ Lavado peritoneal |
| ☐ Ultrassonografia (FAST) | ☐ Gasometria arterial |
| ☐ Tomografia computadorizada | ☐ Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Pr to colagem lençol		 Francisco dos Anjos Lima Neto C. Médica Gr.
2	Pr de colagem torax/locutor		
3	Pr de torax		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORLO / NEURO às _____ do dia ____ / ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____ / ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA 28/08/16
 SAÍDA _____
 HORAS: 20:30

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☒ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavali ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVD

Dr.
 Marcelo
 CRM 1139456

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Cliente: ROSILENE SANTOS GOMES
Medico Solicitante: ALECIO C E SANTOS BARCELOS
Data de Nascimento: 13/01/1986

Data: 14/09/2016
Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

TÉCNICA DE EXAME:

Foram realizadas aquisições multisequenciais nos planos axial e sagital, ponderadas em T1, T2 e T2*.

ANÁLISE:

Foram realizadas aquisições multisequenciais nos planos axial e sagital, ponderadas em T1 e T2.

ANÁLISE:

Fratura transversa e completa no terço médio da apófise espinhosa de C7, sem desalinhamentos significativos. Associa-se edema medular nesta apófise, edema nas partes moles interpostas entre as apófises espinhosas de C5-C6 à C7-D1 e em algumas fibras musculares paravertebrais, além de espessamento do ligamento interespinhoso nesta topografia, sem sinais de ruptura.

Alinhamento normal dos corpos vertebrais visibilizados, não se detectando alterações de sinal intrínsecas no restante do arcabouço ósseo estudado.

Discos intervertebrais com morfologia e intensidade de sinal normais.

Não há evidências de protrusões focais ou difusas nos diversos discos intervertebrais visibilizados.

Canal vertebral e neuroforames com calibre e conteúdo normais.

Articulações interfacetárias sem alterações.

Medula cervical com calibre, contornos e intensidade de sinal normais.



Diego Rodrigues Gonçalves
CRM - 7637

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Articulações interapofisárias sem alterações significativas.

Musculatura paravertebral preservada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Leve escoliose lombar de convexidade esquerda.
- 2- Desidratação do disco intervertebral L5-S1, associada a protrusão discal focal pôstero-central.

DR. Ocelio Queiroga Cartaxo Filho
CRM - 5056 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II • CRM 5962-PB
Dr. Henrique Queiroga Cartaxo • CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira • CRM 5806-PB
Dr. Marcilio Mendes Cartaxo • CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7884-PB
Dr. Ocelio Queiroga Cartaxo Filho • CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira • CRM 5033-PB

João Pessoa, 19 de Setembro de 2017

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 • Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



POLICLÍNICA

São Lucas

Allergologia
Angiologia
Audiometria
Cardiologia
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Dentostomatologia
Dermatologia
Ecocardiograma
Eletrcardiograma
Endocrinologia
Encefalografia
Eletroencefalograma
Fisioterapia
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia
Laboratório
Mamografia
Neurologia
Nefrologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatría
Pneumologia
Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Risco Cirúrgico
Sl. Endoscopia
Sl. Pac. Procedimentos
Teste Alérgico
Teste Ergométrico
Tom. Computadorizada
Ultrassonografia
Urologia

Atendimento dos Lúmen
fue para dores putrefactas
cervicais e lombares no
traseiro em acidente de
travessia. Pedi Massagem
de est. lombar e per-
furo M4-L5
e L5-S1

24
9
19

Dr. José A. Farias
CRM 1354
Neurologista

O PACIENTE TERÁ DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS
A PARTIR DA DATA DA CONSULTA.

AO RETORNAR TRAGA
ESTA RECEITA

Avenida João da Mata, 520 - Jaguaribe - CEP 58015-020 - João Pessoa - PB

FONE: (83) 3241-3309 / 3241-3310

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



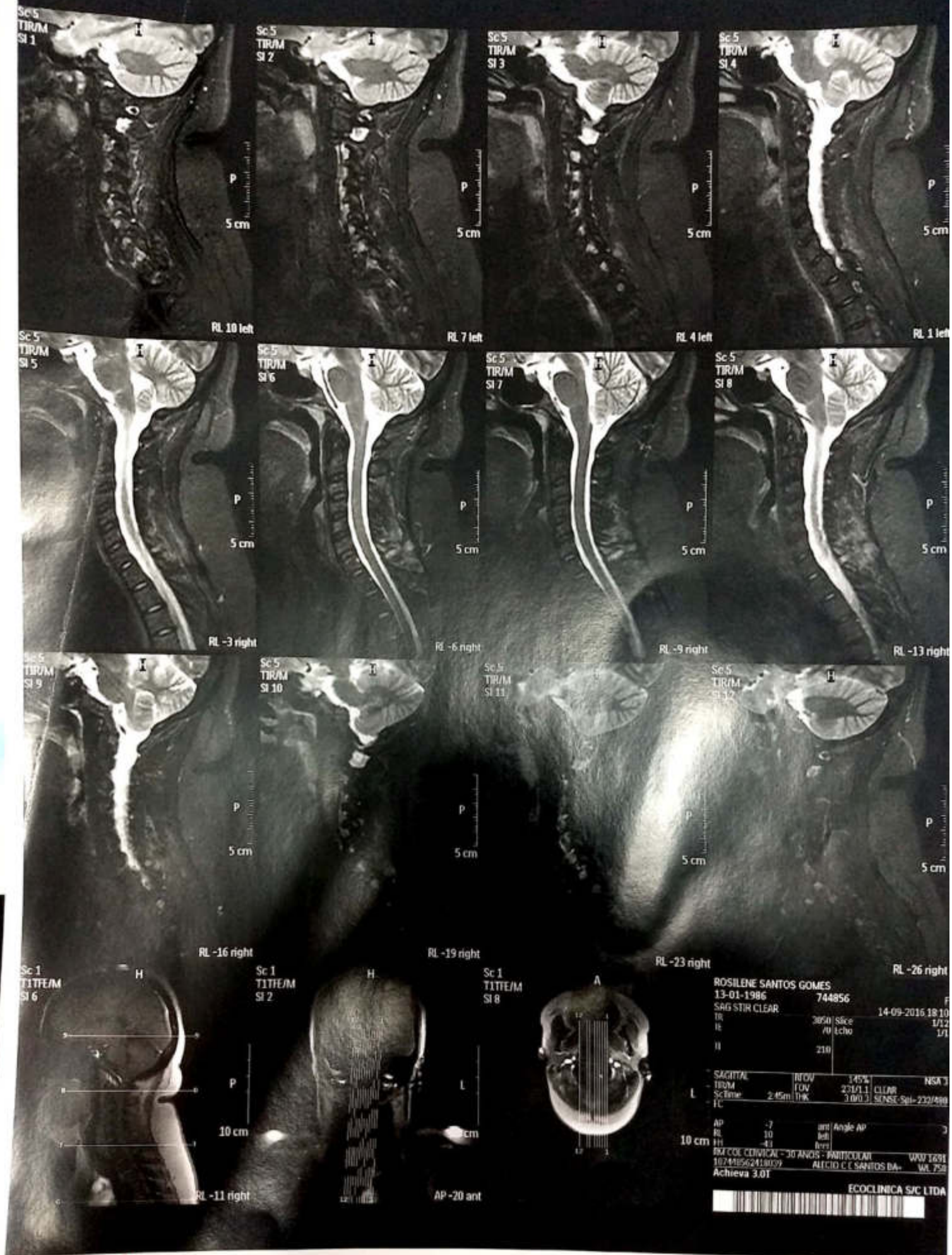
(83) 3049-4444

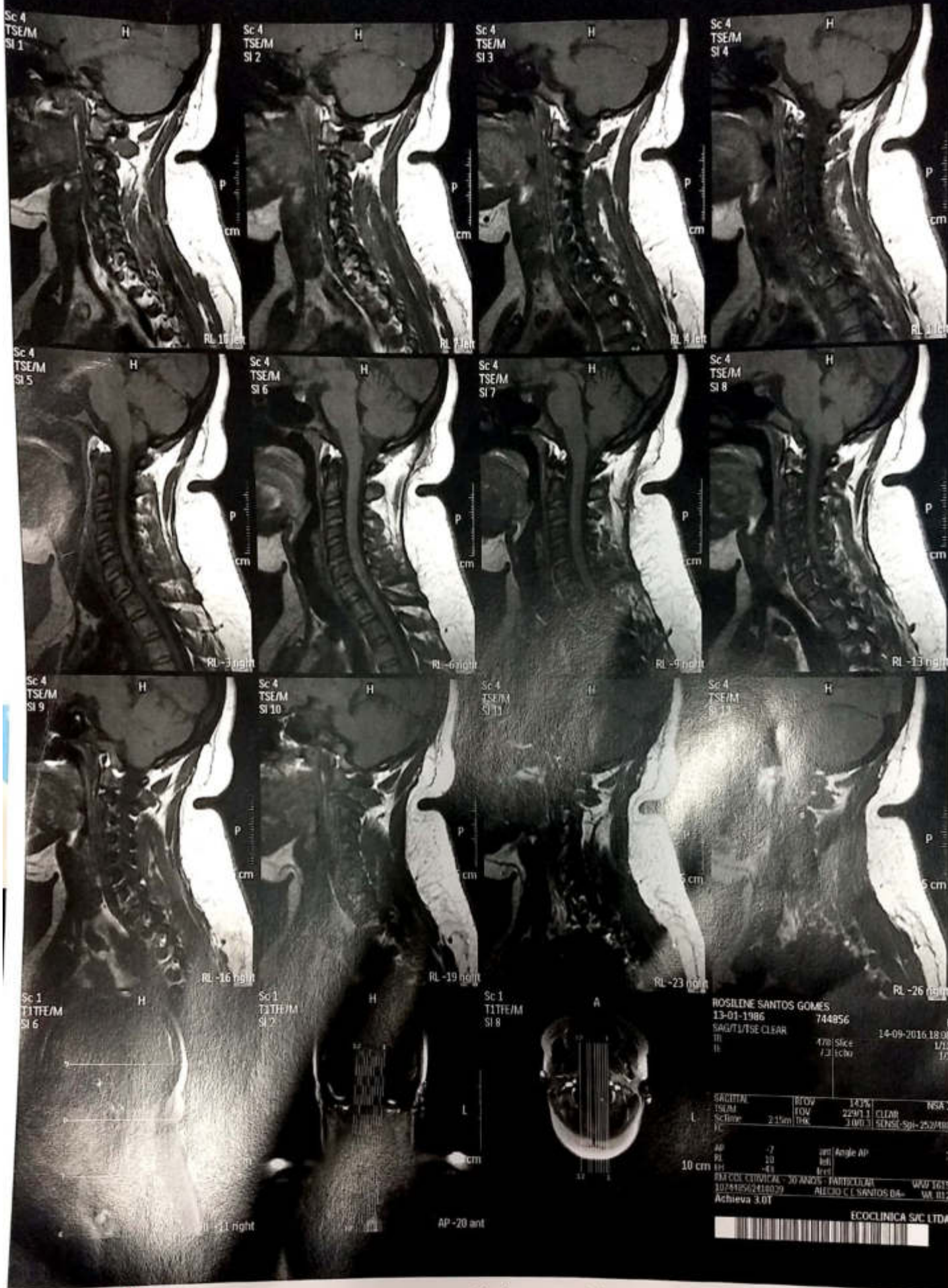


www.ecoclinica.med.br
 Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

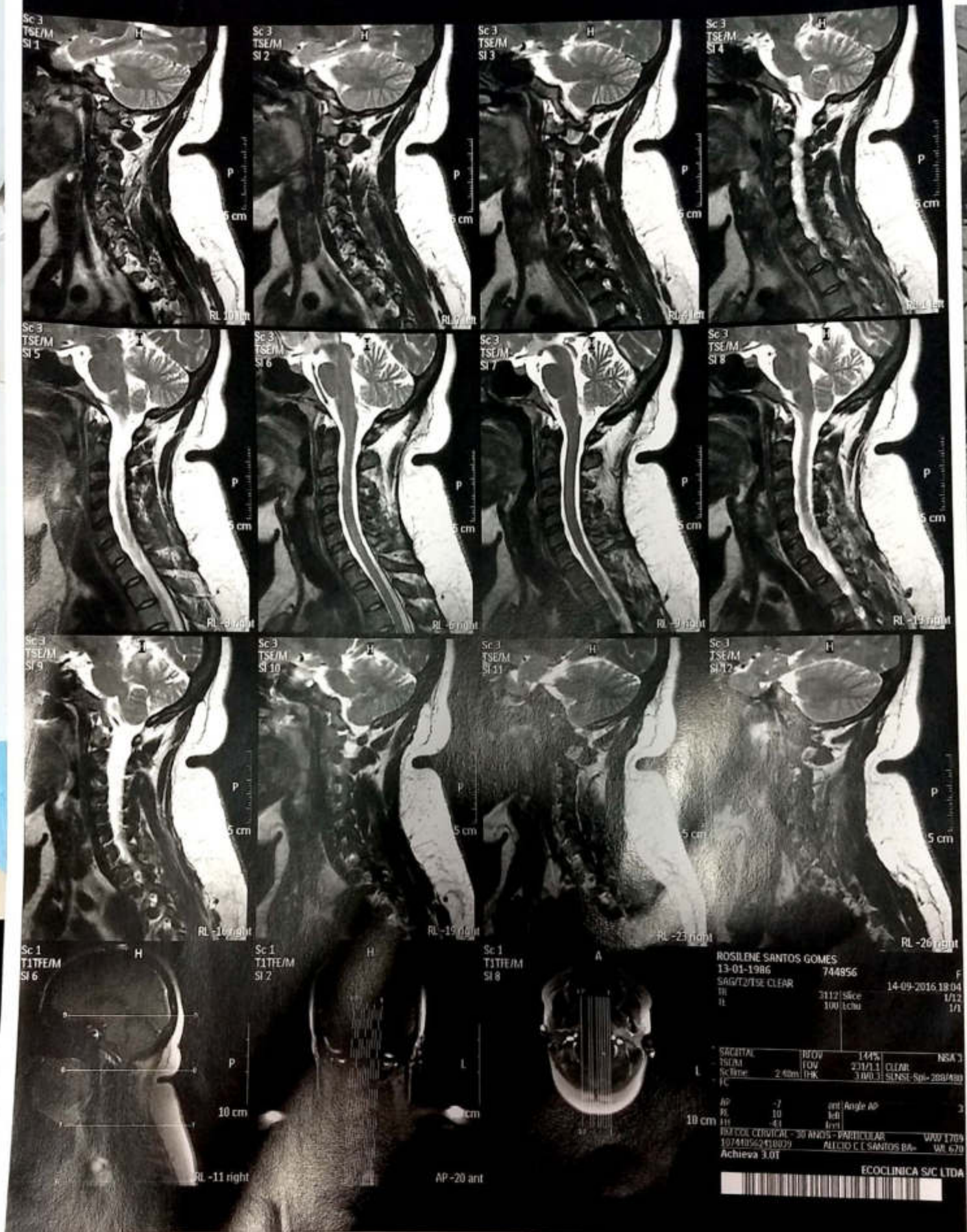




www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



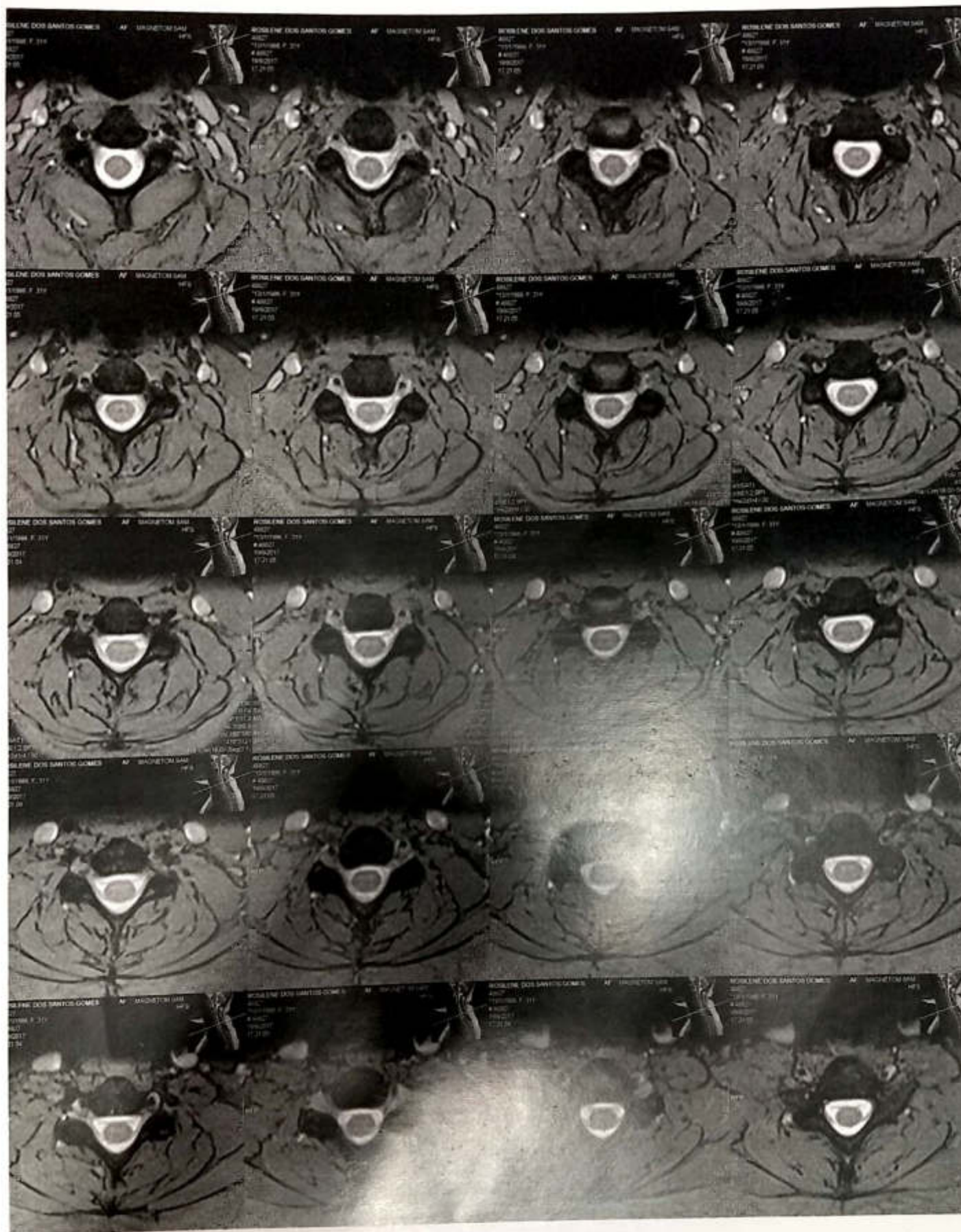
(83) 3049-4444



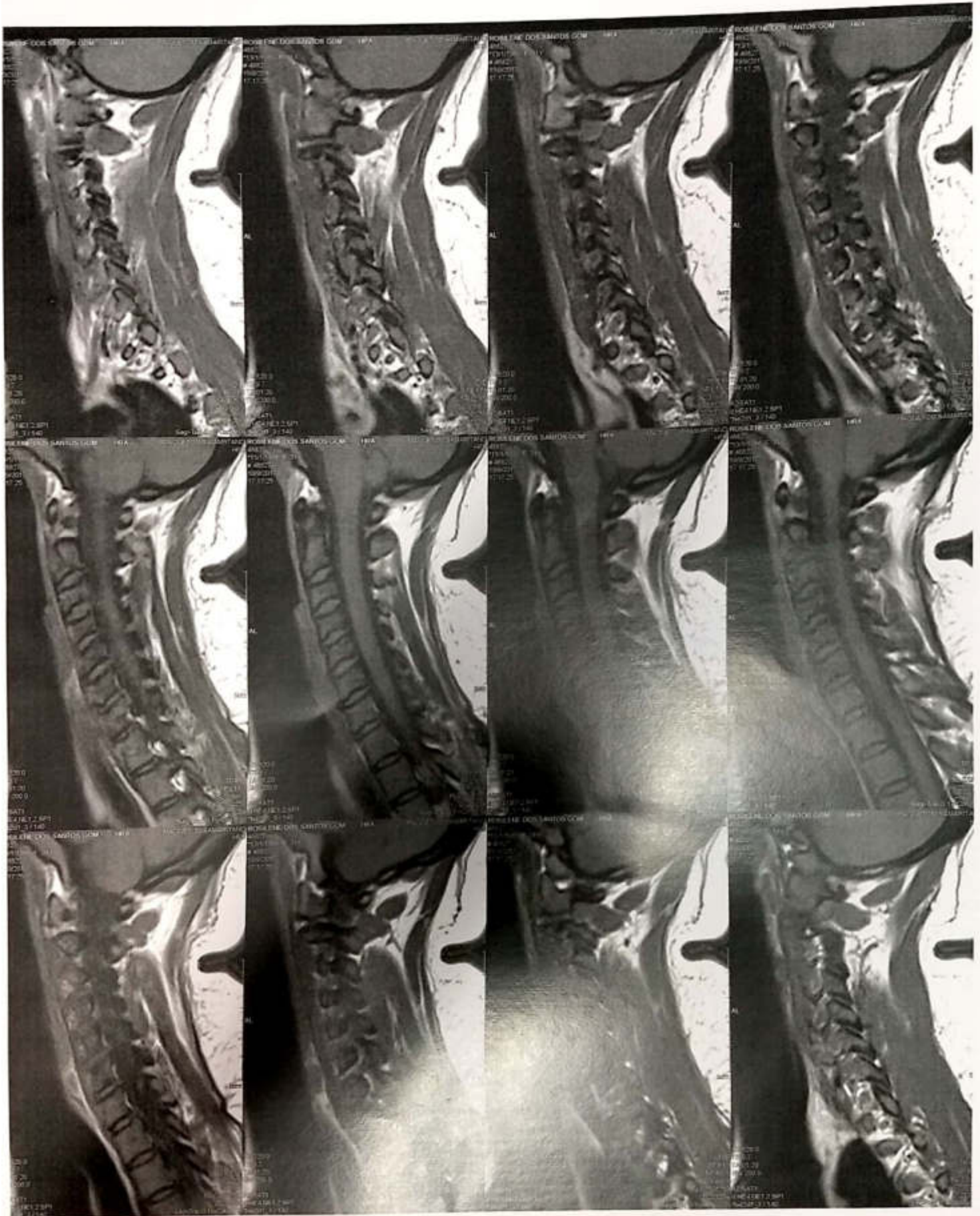
www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

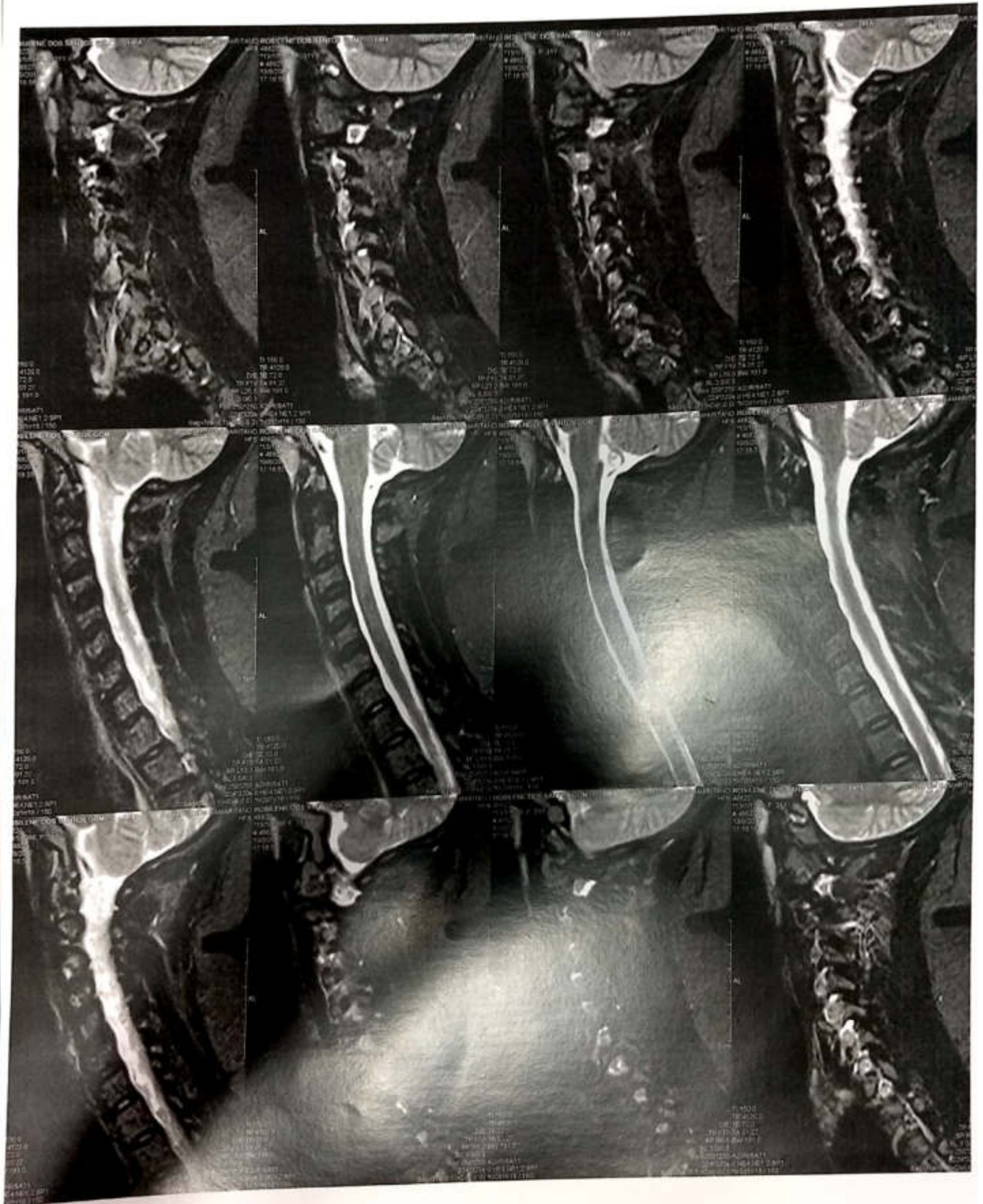


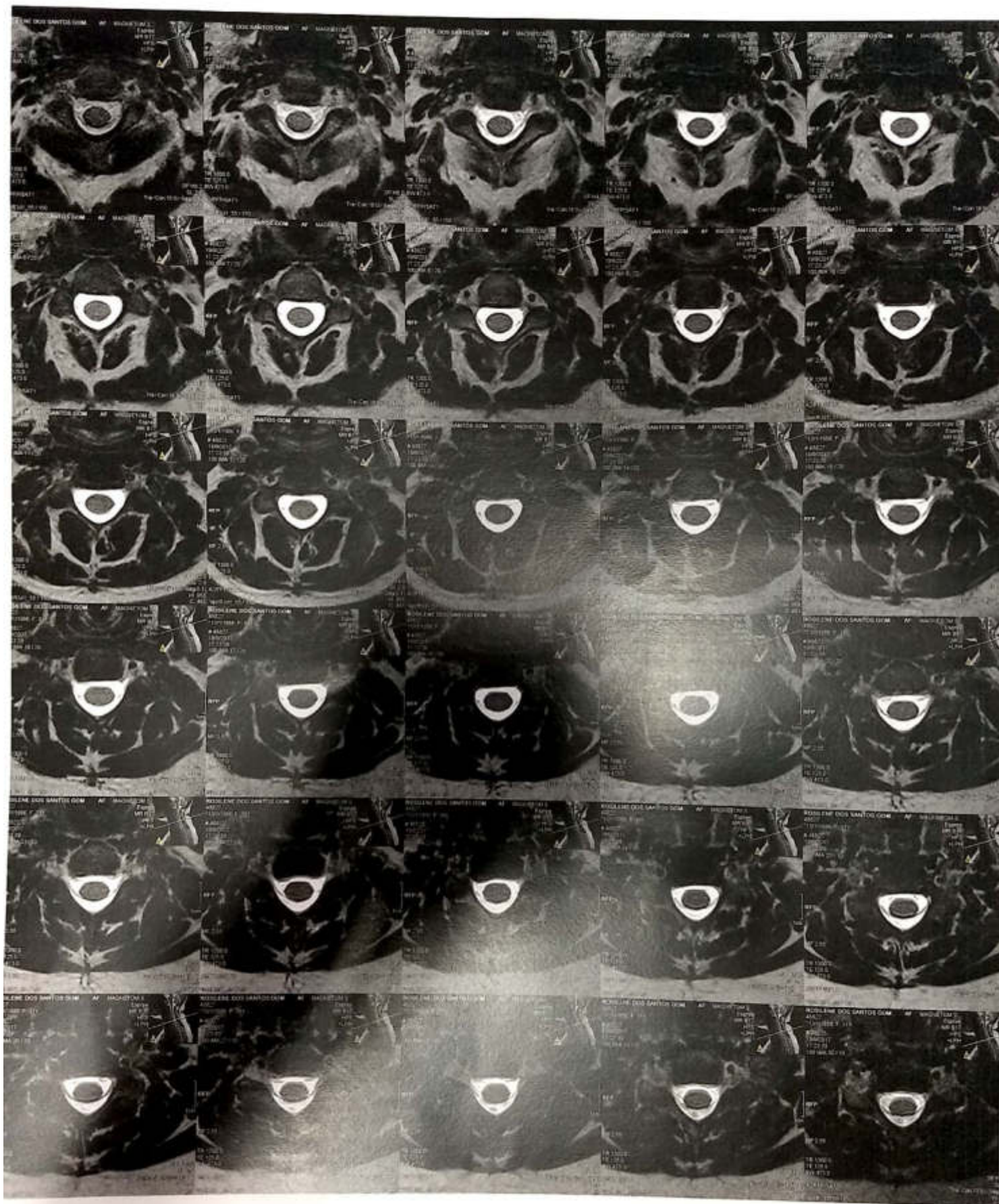






- Ressonância Magnética
- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

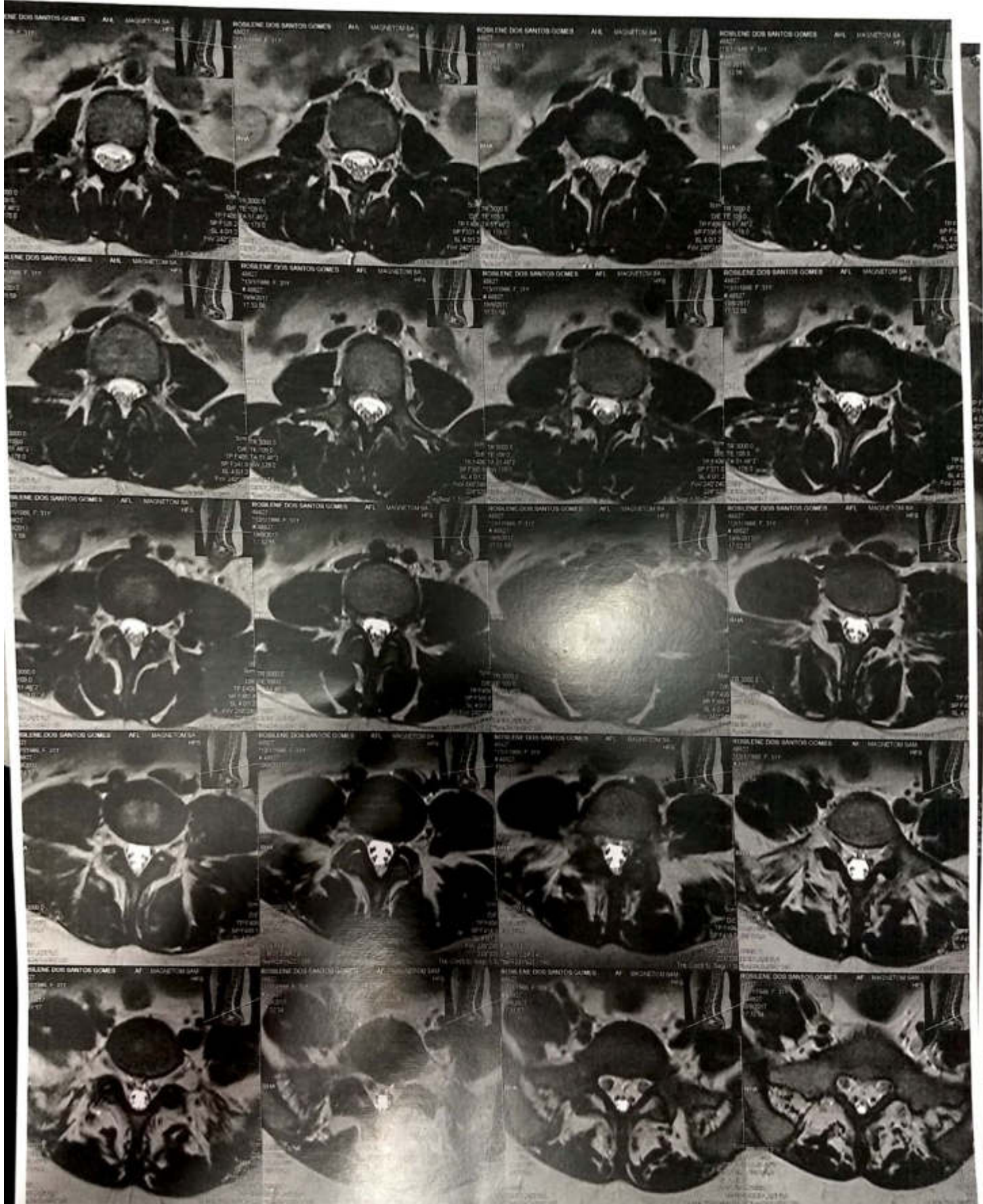




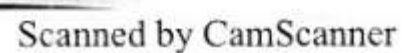










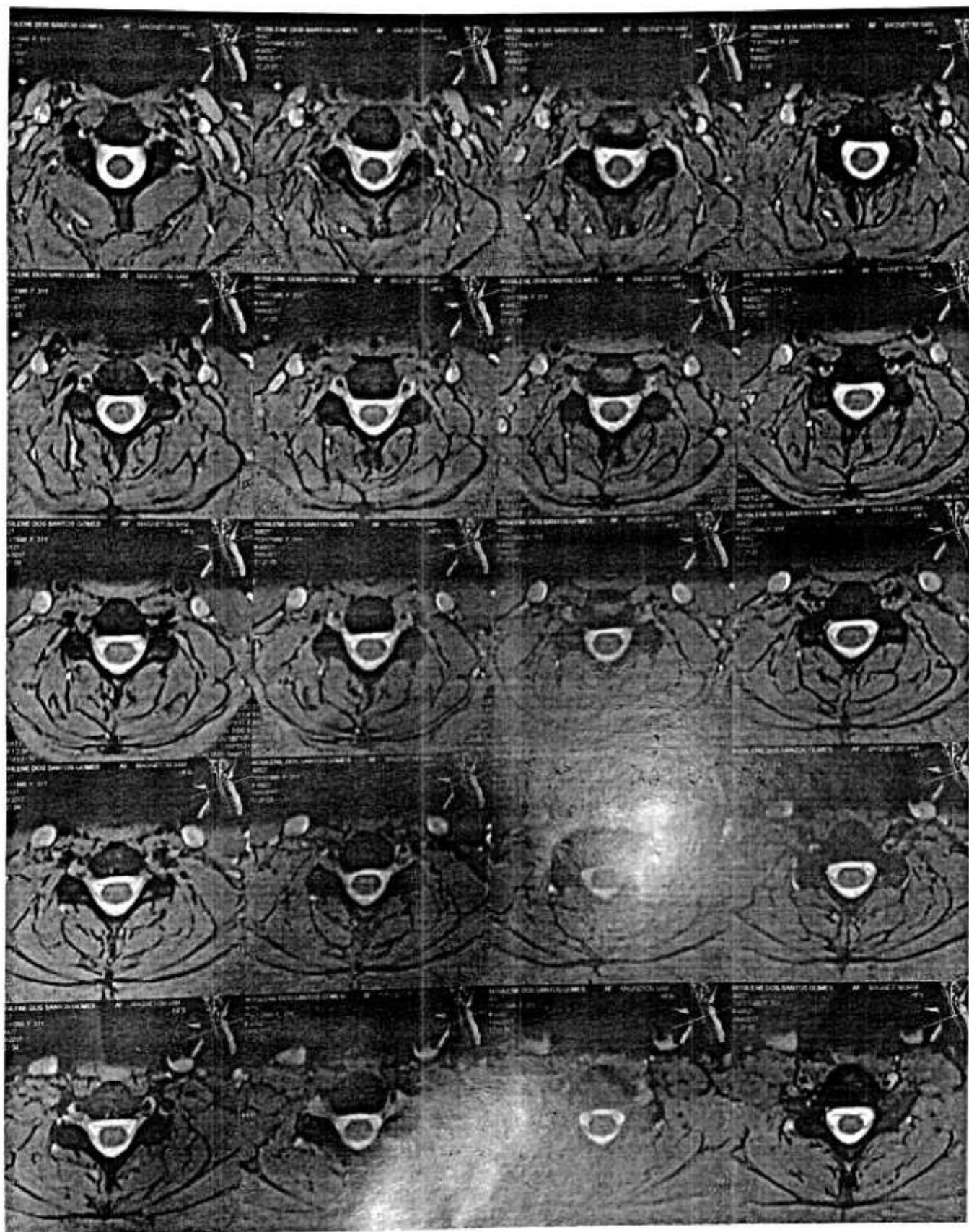




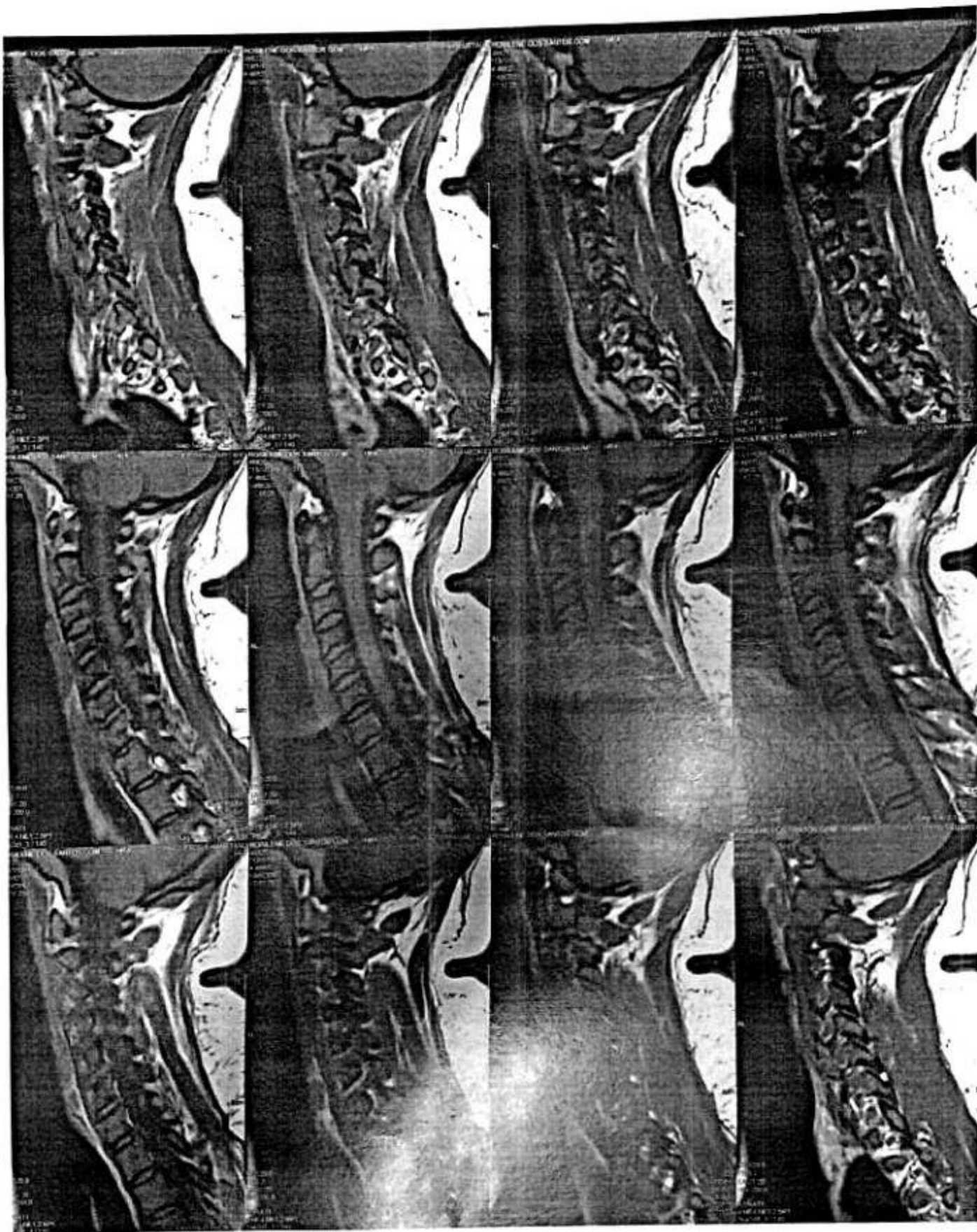
www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444





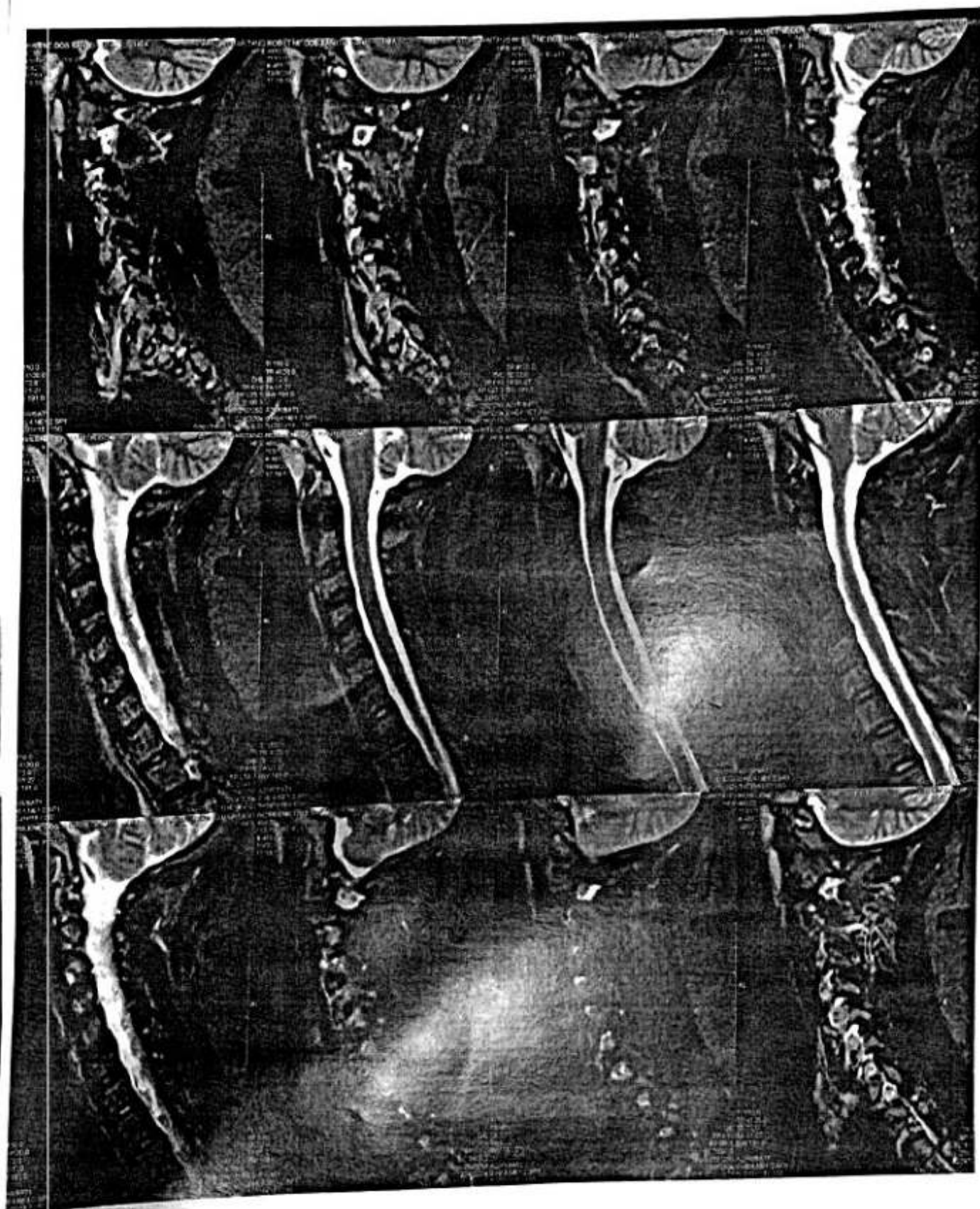


MAGNETOM



MAGNETOM

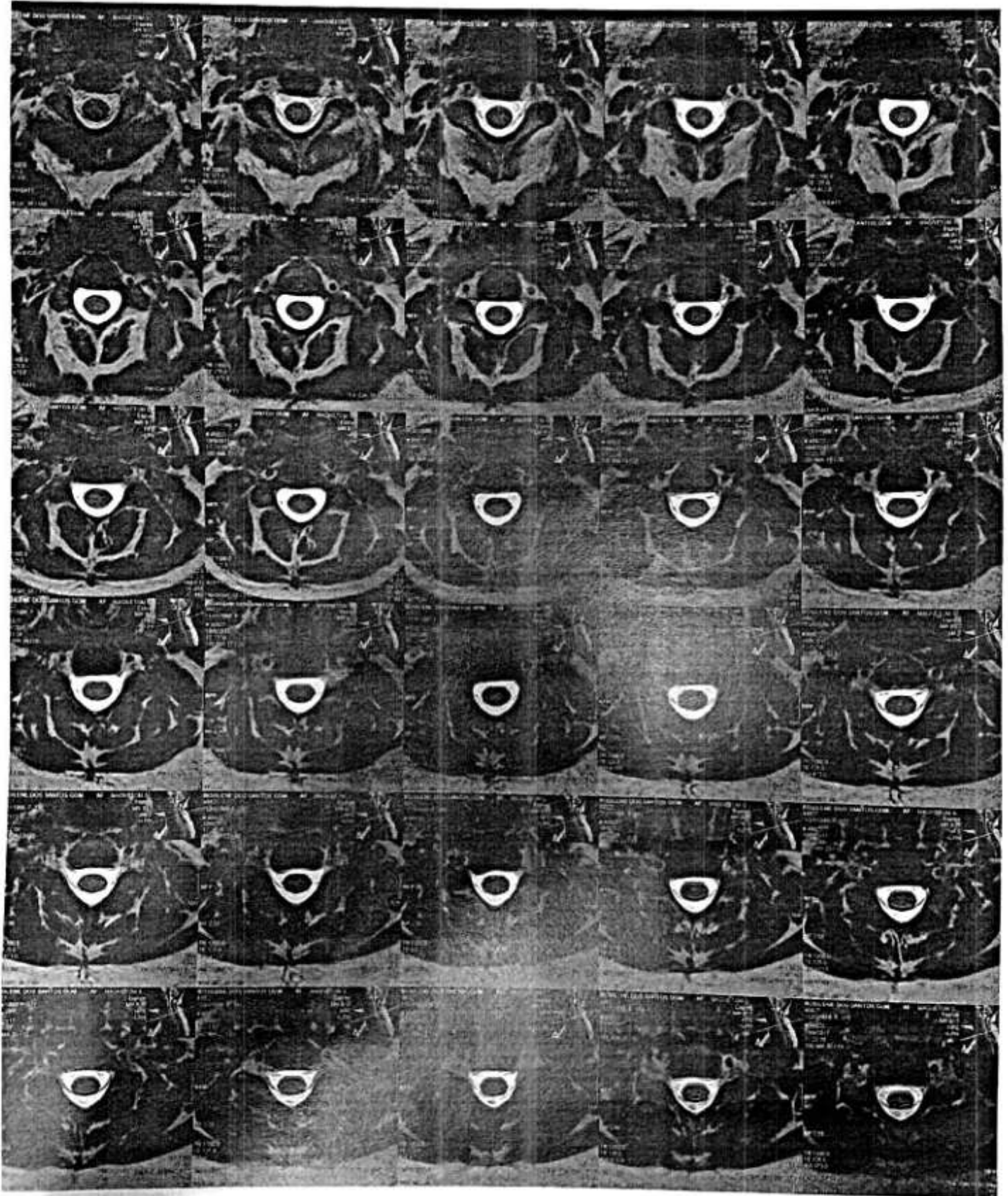
- Ressonância Magnética
- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

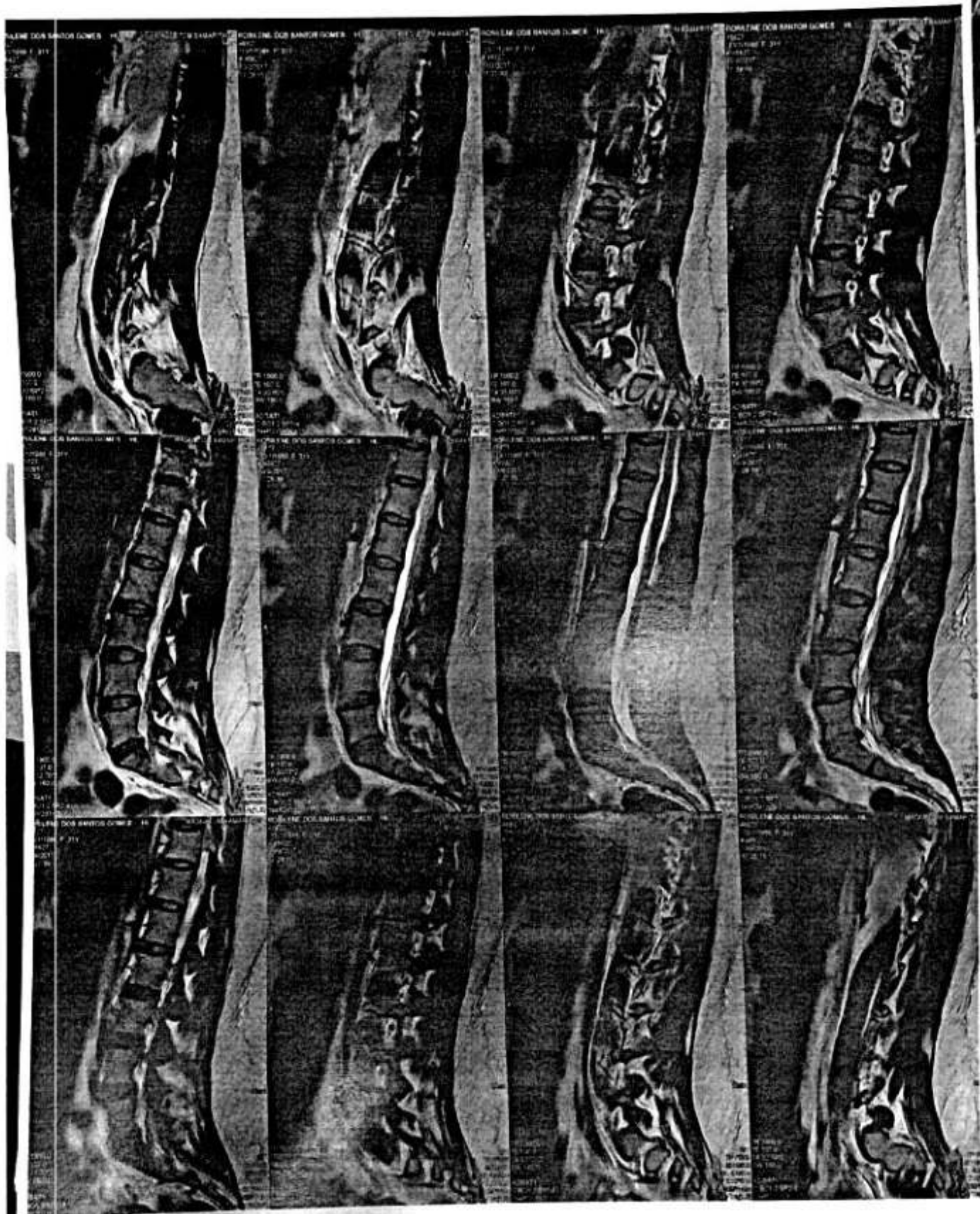


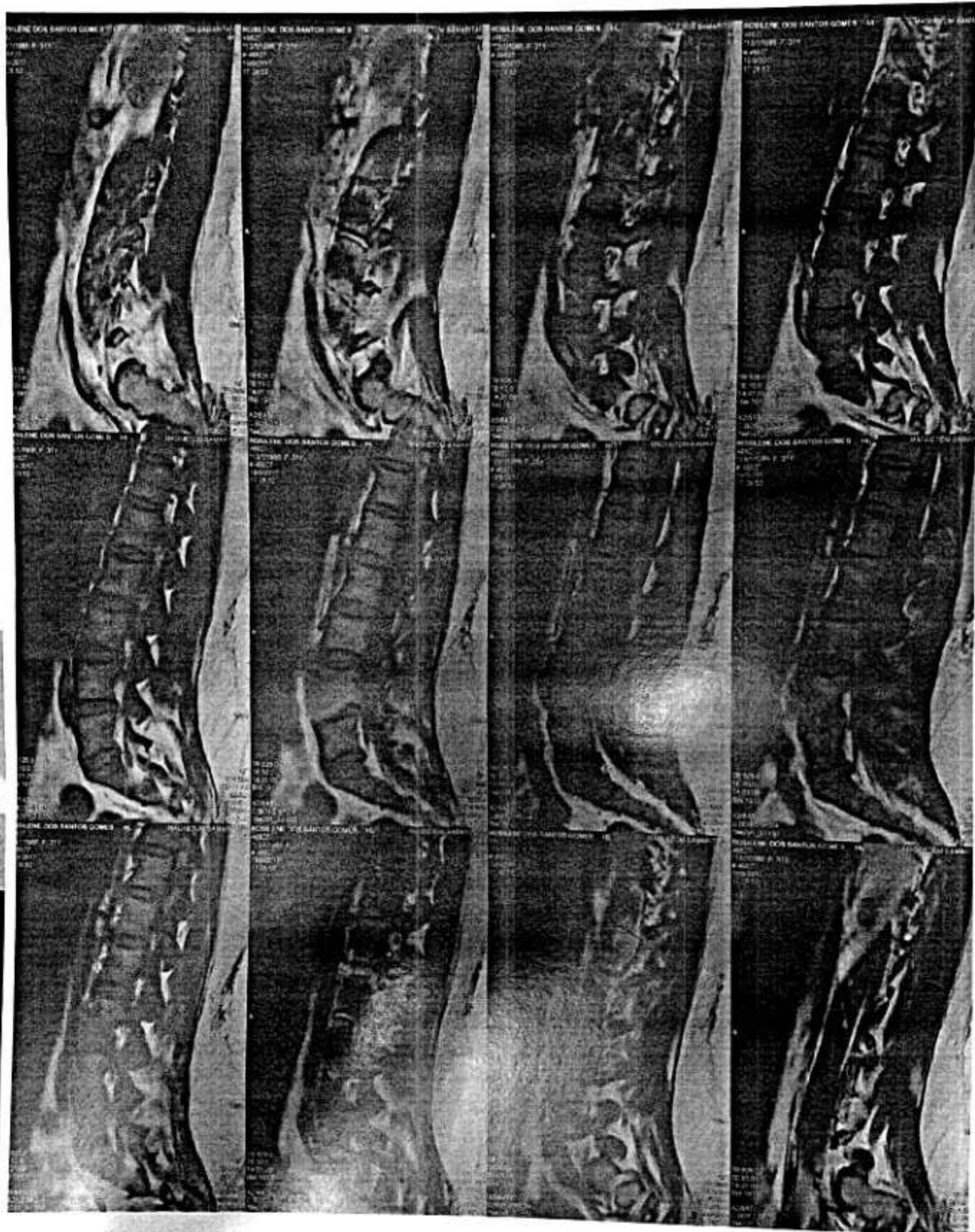
MAGNETOM
magnetom@unipar.com.br

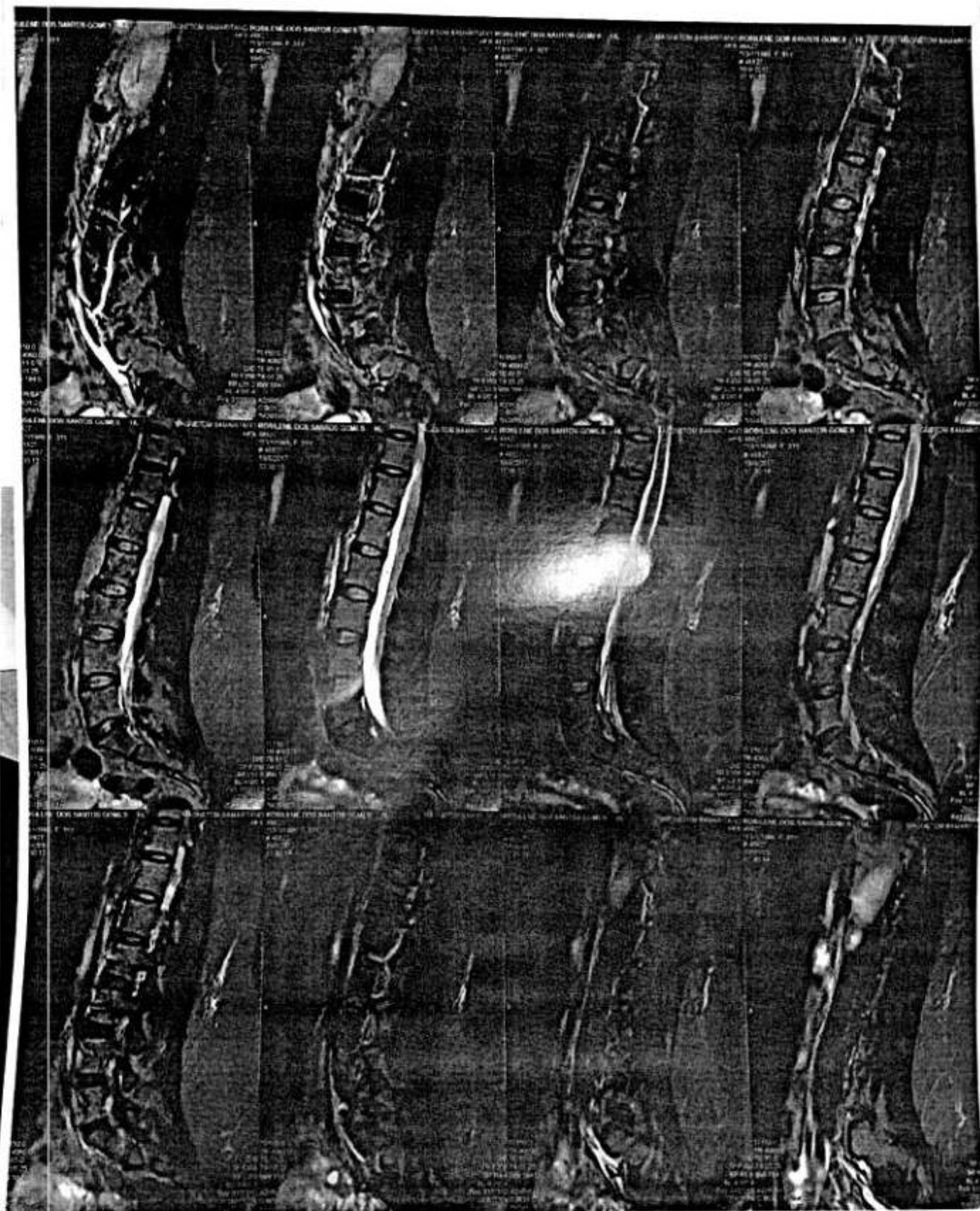
Tomografia: (83) 3244-2988
Ressonância: (83) 3244-6968

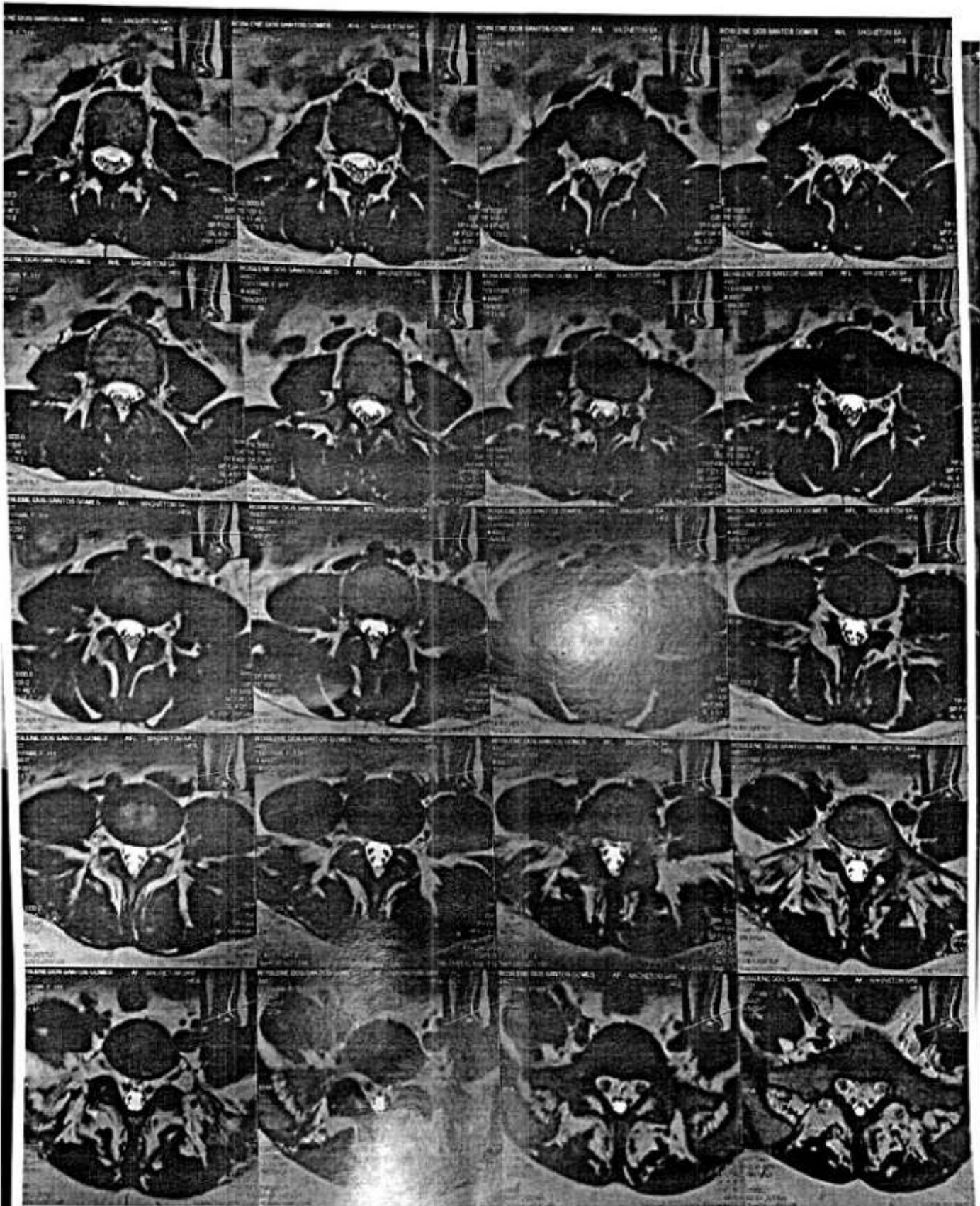
Av. Santa Júlia, 35 - Torre
João Pessoa, PB

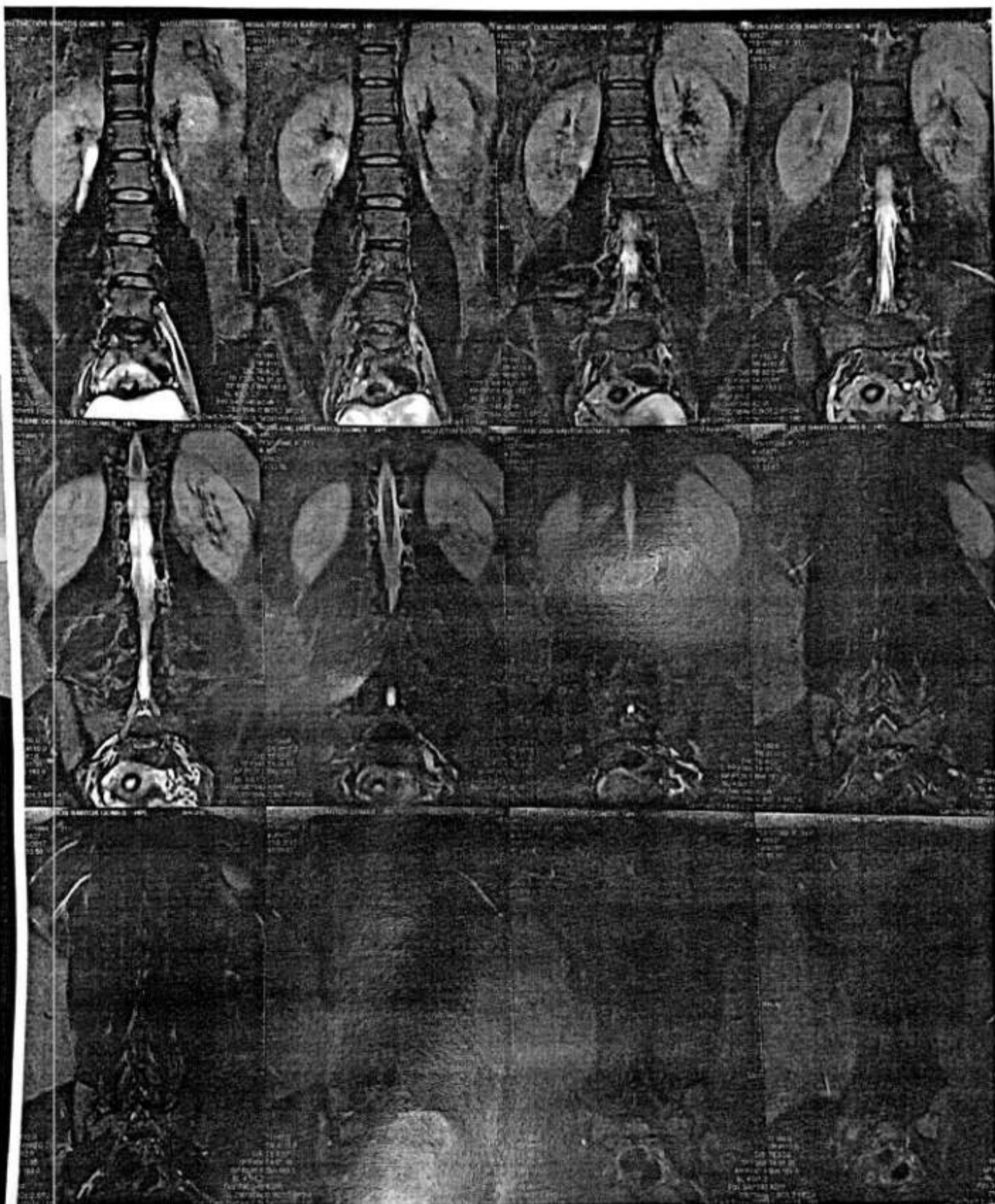














Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **000.223.254-50**

Nome: **ROSILENE DOS SANTOS GOMES**

Data de Nascimento: **13/01/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:17:46** do dia **29/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **64E8.5DAE.7E49.7AD2**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 15/02/2011

NOME GIULYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM

MARIA DE FÁTIMA PINTO

JOÃO PESSOA-PB

CASAM N. 18758 37 PLS. 058 LIV. 063

CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB

011.197.984-69

07/02/1985

DATA DE NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

DE FIM DE 1985

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-236

Assinatura de Gulyana Nobrega

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243466 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES **Data do acidente:** 27/08/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE SEGMENTO CERVICAL E TRAUMA CONTUSO EM SEGMENTO TORACOLOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. TRAUMA FECHADO TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243466 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES **Data do acidente:** 27/08/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE SEGMENTO CERVICAL E TRAUMA CONTUSO EM SEGMENTO TORACOLOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. TRAUMA FECHADO TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(HISTÓRICO 1); P.1,6,7(HISTÓRICO 2) EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Name: Kozleke Old Conley Jones

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: União Estável

Identidade: 2578514

CPF: 000223254-50

Profissão: Camareira

Endereço: R. Manoel Gomes de Brito nº 60

CEP: 58085-6501

Telefons: 83 99987-5391

OUTORGADOS: Gluylana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéss Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Resilene Santos Gomes

Local e data: Grão Pará, 23 janeiro 2019

Local e data

Rosilene dos Santos Gomes
Assinatura do Outorgante

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)

SERVIZIO DEPARTAMENTO DE RENTAS Y TRIBUTOS - 2° CHURRO DISTRICTAL
Bd. Schmidt y Viala, 1144 - Santiago - Chile - Tel. 833.0000 - 833.0000

Recanheco, com autêntica e verdadeira. (A.S. Farmas) Res.....
ROSILENE DOS SANTOS GOMES.....
Em test, da verdade, João Pessoa-PP 23/01/2015 13:50:56
Maricleide Alexandre da Silva Norais - ESCRIVENTE AUTO
[2019-003833]EMOL:R\$ 99,91 FARPEN:R\$ 1,98 TEP:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AIC16789-42X0
Confira a autenticidade em <https://vernotarial.tpb.gov.br>

CARTORIO
COMPREV
29 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108441/19

Número do Sinistro: 3190243466

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

CPF: 000.223.254-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2016

Titular do CPF: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/05/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108441/19

Número do Sinistro: 3190243466

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

CPF: 000.223.254-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2016

Titular do CPF: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108441/19

Vítima: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

CPF: 000.223.254-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2016

Titular do CPF: ROSILENE DOS SANTOS GOMES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

ROSILENE DOS SANTOS GOMES : 000.223.254-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/03/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA