
Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180121856**

Vitima: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180121856**.

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



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180121856**

Vitima: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180121856**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3180121856**

Vítima: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180121856** 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, 16 de Maio de 2018

Carta nº 12808268

A/C: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180121856 ASL-0090109/18
Vitima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 12/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12895667

A/C: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180121856
Vitima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 12/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000033981-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

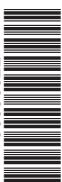
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180121856**

Nome do(a) Examinado(a): **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 208 - GAMELEIRA - LUCENA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1385279 - SSP**

Data e local do acidente: **12/06/2017 LUCENA/PB**

Data e local do exame: **04/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURAS DE C3 E D1.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURAS DE C3 E D1 TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA COM COLAR CERVICAL E REPOUSO. EVOLUIU COM CEFALÉIA CRÔNICA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA CERVICAL, COM REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. ALTA EM 20/06/2017.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO BILATERAL DA COLUNA CERVICAL

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA CERVICAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

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

Região Corporal(Sequela): **COLUNA CERVICAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

690.062.964-49

Nome completo da vítima

Juarez Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	CPF titular da conta	690.062.964-49	Profissão	Pescador
Endereço	Mia Protada	Número	208	Complemento	
Bairro	Gemeleira	Cidade	Lucena	Estado	PB
Email				CEP	58315-000
				Telefone (DDD)	(23) 991807807

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Itaú, Bradesco, Banco do Brasil)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0039		7914	8

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO	PROTÓCOLO	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

João Letta, 06 de maio de 2018
Local e Data

Juarez Ribeiro de Oliveira

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

690.062.964-49

Nome completo da vítima:

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	CPF titular da conta	690.062.964-49	Profissão	Pescador
Endereço	Mia Profetanda	Número	208	Complemento	casa
Bairro	Gomelheira	Cidade	Luzerna	Estado	PR
Email	(83) 9918.07807				
Telefone (DDD)					

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os Bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: Brasil Nro.: 001	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		
AG: 1000	CONTA: 0000	D/V: 00	D/V: 00

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, responho e dou plena quitação do valor indenizado.

João Luiza, 23 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA

CERTIDÃO

042/2018

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, o Registro de Ocorrência N°042/2018, cujo teor agora passa a transcrever na integra: Aos vinte e nove dias do mês janeiro do ano de 2018, nesta Cidade de Lucena, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial, Bel. **RUBENITA DA NÓBREGA RÉGIS, Delegado de Polícia Civil**, aí por volta das 10:27 min, compareceu:**JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, 48 anos, pescador, natural de Prazeres/PE, filho de João Ribeiro de Oliveira e Maria de Lourdes Martins de Oliveira, RG 1.385.279 SSP/PB,CPF 690 062 964 49,residente na Rua Projetada,S/N, Gameleira,Lucena/PB,fone 986955870 . **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO (A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO:** Que: no dia 12/06/2017, por volta das 19:00 hs, quando vinha de carona do assentamento Outeiro de Miranda com o Sr conhecido por **Alexandro** guiando a motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESI,COR PRETA, ANO 2104/20154,PLACA 0FC 8743/PB,CHASSI 9C2KC1680ER519743,EM NOME DE IVANILDO MORAIS DE SOUZA**,quando ao chegarem nas imediações do Sítio Jardim, Zona Rural de Lucena, o mesmo perdeu o controle da motocicleta, vindo ambos ao solo; Que o noticiante foi socorrido pelo Samu local até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa, onde deu entrada por volta das 21:28 min, com o diagnóstico **FRATURA DE VÉRTEBRA(C3) + FRATURA DE VÉRTEBRA DORSAL/TORÁXICA (D1)**, ficando internado até o dia 20/06/2107 . O referido é verdade. Dou fé.

Lucena, 23 de fevereiro de 2018.

Juarez Ribeiro de Oliveira
NOTICIANTE

Maria
ESCRIVÃ AD-HOC

13 MAR. 2018

PROTOCOLO
P.C. DE LUCENA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal"):

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”).

Nome Completo da Vítima

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPE da Vítima

690.062.964-49

Data do Acidente:

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CRF do Representante Legal

Email

3-1-6... 40000

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 - O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFIDENTIAL *SPR*

15 MAR. 2018

PROTOCOLO

de 20-18

José Pessoa, 06 de maio

Local e Data

Jurong River to Suisun

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1007003



Identificação do paciente				
ID 1180302	Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento: 20/02/1969	Idade 48 anos 3 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA			Pai JOAO RIBEIRO DE OLIVEIRA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel:	Fone Móvel: 988074286/87817135	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32165700	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência LUCENA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JABOTÃO DOS GUARARAPES	CBOR		
Endereço				
CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA	
Número S/N	Complemento		Bairro GAMALEIRA	
Admissão				
Data e Hora 12/08/2017 21:28:46	Número da pulseira 100006210815	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente: RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos 12/08/17 Paciente de entrada neste reto ultime d acidente de moto. No momento consciente, com sinais de embriaguez, em uso de cotonete nup coreano.				
Diagnóstico	TOMOGRAFIA CORONARICA			
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES	Tempo 52seg			

Dados clínicos
12108117 Paciente que entrou de norte norte ultime de
acidente de moto. No momento consciente, com
sensos de embriaguez, em uso de cotonete.

Diagnóstico

Atendido por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

A rectangular stamp with diagonal text. The top line reads 'COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DA ASSASSINATO DE JOSÉ GOMES'. Below that is '13 MAR. 2019'. At the bottom, it says 'PROTÓCOLO' and 'AG. JCAO PE 51'.

124615
 GIBICO
 Tempo
 52seg
 TOMOGRAFIA
 0A
 DATA ... 15/06/112
 HORA ...
 NOME TEC. RAD. ...

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000033981-9

Nr. da Autenticação D1131E2A9EAFAFBA

ANA CRISTINA MARTINS
RUA PROJETADA, 208 - GAMELEIRA
LUCENA / PB CEP: 58315000 (AG. 1)

Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cidade Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Rotam: 7-11 - 823-1720 Referência Jun/2017 CNPJ 09.086.183/0001-40 Intr. Est. 16.015.923-0
NP medidor: 00000082282 Emissão: 12/06/2017
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0000506.216
Código para Débito Automático: 00000652234

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/665223-4

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

12/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

13/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

773812488	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Insc. Est.	Data Leitura	Data Leitura		236	31

Faturas em atraso

19/06/2017	159,44	Demonstrativo		
		Descrição	Quantidade	Preço
		Consumo até 30kWh-BR	30	0,14694
		Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25987
		Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,37891
		Consumo acima de 220kWh-BR	18	0,41812
		Addt. B. Vermelha		6,89
		Subsídio		3,17
		ICMS		29,93
		PIS		42,82
		COFINS		1,64
				7,53

Histórico de Consumo
(kWh)

Maio/17	280	CONTRIBUICAO P/ILUM.PUBLICA	18,15
Abril/17	239	JUROS DE MORA 04/2017	0,88
Mai/17	280	MULTA 04/2017	2,68
Fev/17	255		
Jan/17	273	Devolução Subsídio	-29,93
Dez/16	327		
Nov/16	369		
Out/16	359		
Sep/16	369		
Ago/16	328	ICMS %	42,82
Jul/16	223	PIS	1,64
Jun/16	352	COFINS	7,53

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses:
311

20/06/2017

R\$ 145,73

RESERVADO AO FISICO

23c4.4837.315b.3d5a.6ebd.034e.8621.6275.

Indicadores de Qualidade 12017-Lucena

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,68	2,20
DIC TRIMESTRAL	15,32	NOMINAL
DIC ANUAL	30,65	220
FIC MENSAL	3,87	1,00
FIC TRIMESTRAL	7,25	CONTRATADA
FIC ANUAL	14,70	LIMITE INFERIOR
CVC	4,31	LIMITE SUPERIOR
	2,20	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	29,80	20,31
Compra de Energia	34,84	23,77
Serviço e/ou Transmissão	3,03	2,13
Encargos Setoriais	10,66	7,33
Impostos Diretos e Encargos	68,78	47,85
Outros Serviços	74,00	50,00
Total	145,73	100,00

Valores EUGD (Ref. 4/2017)

12 MAR 2018

PROTÓCOLO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jeanildo Moraes de Souza,

RG nº 2414160, data de expedição 20/11/08, Órgão _____,
portador do CPF nº 043 772 714-90, com Domicílio na
cidade de Buena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Próxima,
nº 11m, 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 Juarez Ribeiro de Almeida
cujo o condutor era Alexandro Cardoso Macena.

Veículo: Moto

Ano: 2014

Modelo: Honda /CG 150 FAN ES DI

Placa: OFC 8743 PB

Chassi: 9C2KC1680ER519743

Data do acidente: 12/06/2017

Local e data: Buena, 16 de Fevereiro 2018

Jeanildo Moraes de Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Alexandro Cardoso Macena

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
MAGISTRADO DE JUSTIÇA
Tabelião de Notas

Rua São José, 374
Fagundes - Lucena/PB
Telefone: (83) 3293-1296 / 988814-4299

Reconheço com autenticidade a(s) firma(s) de (IVANILDO
MORAIS DE SOUZA)(4641). O referido é verdade, dou fé.

16/03/2018 Usuário: IRACI

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Iraci Cunha dos Santos

Oficial e Tabelião

Rua: São José, 174 Fagundes - Lucena/PB
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

SELO DIGITAL

AGF 80401-CDIX

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
MAGISTRADO DE JUSTIÇA
Tabelião de Notas

Rua São José, 374
Fagundes - Lucena/PB
Telefone: (83) 3293-1296 / 988814-4299

Reconheço com autenticidade a(s) firma(s) de (ALEXANDRO
CARDEOZO MAGENA)(7001). O referido é verdade, dou fé.

16/03/2018 Usuário: IRACI

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Iraci Cunha dos Santos

Oficial e Tabelião

Rua: São José, 174 Fagundes - Lucena/PB
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

SELO DIGITAL

AGF 80404 - 2X4X

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

DADOS DE NASCIMENTO 20/02/69

NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.007.003

Nº PRONTUARIO 102.554

DATA DO ATENDIMENTO 12/06/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:28

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE VÉTEBRA (C3) + FRATURA DE VÉTEBRA DORSAL/TORÁCICA (D1)

CID 10 S 12.2 + S 22.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE leve, com trauma e dor em coluna cervical e lombar + abrasão em asa nasal E. Relato de sinais de embriaguez. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da coluna cervical

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST

COMPACTO
19 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AC

TRATAMENTO:

Fratura da vértebra cervical (C3) à TC cervical. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da equipe da Neurocirurgia

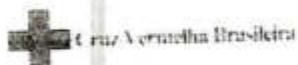
ALTA HOSPITALAR: 20/06/17

DATA DA EMISSÃO: 26/10/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRITICO
CRM 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA PEDRO GONDIM, 3/N -- CNES: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1007003



Identificação do paciente

ID 1180302	Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/02/1969	Idade 48 anos 4 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 102554
Mãe MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA	Pai JOAO RIBEIRO DE OLIVEIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32165700	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700704967435473		
Local de procedência LUCENA	UF PB			
Email	Naturalidade JABOTÃO DOS GUARARAPES			CBOF

Endereço

CEP 58318000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número S/N	Complemento	Bairro GAMILEIRA	

Admissão

Data e Hora 12/06/2017 21:28:46	Número da pulseira 100006210815	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia[]	<i>(MOPCV SEGURANÇA)</i>	<i>13 MAR. 2018</i>	<i>PROTÓCOLO</i>
Dados clínicos							S/A		

Diagnóstico

Atendido por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

Imprimir

CID

Tempo
52seg

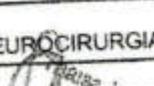


Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Documento de Alta			Número Prontuário: 102554
Nome: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/06/2017 17:20:54	Data de Alta: 20/06/2017 14:44:14
Data de 20/02/1969			
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR MELHORA DAS DORES DIFUSAS.			
Resultado de Exames: TC CRANIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. FAST: Ausencia de líquido livre na cavidade peritoneal. Ausencia de lesões parenquimatosa relacionadas ao trauma. TC COLUNA CERVICAL: Estudo dirigido ao trauma. Fratura do processo espinhoso de C3 e D1. Demais estruturas ósseas anatomicas.			
Tratamento: CONSERVADOR ANALGESIA			
Diagnóstico: S12.7 - Fraturas múltiplas da coluna cervical			
Recomendações: COLAR CERVICAL FILADELPHIA POR 60 DIAS AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL NO HTOP COM A NEUROCIRURGIA			

Data: 20/06/2017

~~THAISE ELLEN DE MOURA
CRM: 5247 - PB~~

MPEF
COMPRISE, SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
16 MAR. 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Santos Dumont Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de 20/02/1969	Idade 48	Sexo MASCULINO	Nº 1007003	Nº 102554	Data Prescrição 20/06/2017 14:43:07
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selos AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Lceto 0004	Prescrição válida a 20/06/2017 14:43:07		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Name do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aparecimento
1 DIETA	0.0			ORAL				10-10-2017
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.		24H		10-10-2017
3 DIPIRONA 500 MG/3ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H		10-10-2017
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO+AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação:ou 40mg vo	16-06-2017
5 CNDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.		8/6H		16-06-2017
6 AFERIR PA E FC	0,0						Observação:mantener collar cervical	
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0							

20 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	102554	Data Prescrição	20/06/2017 14:43:07
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	AREA LARANJA UDC AREA	Posto de Trabalho	UDC B	Leito	0004	Prescrição válida a	20/06/2017 14:43:07		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0					ORAL		10/03/2018
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.				10/03/2018
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.				10/03/2018
3 DILuir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.				10/03/2018
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG		E.V.				10/03/2018
DILuir em ÁGUA DESTILADA	40,0	ML		E.V.				10/03/2018
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.				10/03/2018
DILuir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.				10/03/2018
6 AFERIR PA E FC	0,0							
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						Observação:mantener colar cervical	

20 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTÓCOLO
DE
CUIDADO
PRESO
COM FEVEREIRO, SEGURO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
13 MAR 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº	102554	Data Prescrição	19/06/2017 11:01:45
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	AREA LARANJA UDC B	Lcdo	Leito			Prescrição válida a				19/06/2017 11:01:45	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AREA LARANJA UDC												

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Med. dia	Vlloc. Inf.	Pediatr.	Orientação de uso	Apresentação
1 DIETA	0.0				ORAL			OUVIDO
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML			E.V.	24H		1000 2000 3000
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			E.V.			
3 Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG			E.V.		1X AO DIA	(66)
4 Diluir em ÁGUA DESTILADA	40,0	ML						
5 ONDANSETRINA 4MG/2ML	4,0	MG			E.V.			Observar: ou 40mg/40
5 Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 AFERR PA E FC	0,0	ML						
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						Observação: manter colar cervical	Cintos

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

CRM: 7650

Assinatura e Cartão do Profissional

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

Name	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	107003	Nº	102554	Data Prescrição	18/06/2017 06:23:32
Motivo do Atendimento	Seior AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B				Leito					Prescrição válida a	18/05/2017 06:23:32

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vias	Modo de	Veloc. Inf.	Patologias	Orientações do Uso	Avaliação
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.			ATENÇÃO	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA)	2,0	ML		E.V.				
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA (COM DIUVENTE))	40,0	MG		E.V.				
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40,0	ML						
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.				
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 AFEBR PAF EG	0,0							
7 CABECERA ELEVADA A 30°	0,0							

Observação: manter collar cervical

18/06/2017

18 de Junho de 2017

Dr. J. Neurocirurgião

Dr. Neurocirurgião

Dr.



Hospital Especial de Emergência e Trauma
Senador Nazaré da Ilha da Boa Vista

Governo
da Paraíba

B

RUA OFICIAIS LISBOA, SIN - PEDRO GONZALVES - JOÃO PESSOA - PB - 59011-000

PREScrição MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	102554	Data Prescrição	16/06/2017 11:41:01
Motivo do Atendimento	S-101 ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Posto de Trabalho	AREA LARANJA UDC B	Léito	0004					Prescrição válida a	16/06/2017 11:41:01

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Venue do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. inf.	Pedologia	Orientação do Uso	Agravamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.				
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.				
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	10,0	ML		E.V.				
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.				
6 AFEIRIR PA E FC	0,0	PA 240						
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0							

Observação: manter colar cervical

Tomás CATAO MONTE RASO
CRM/PB 7742

16 de Junho de 2017

TOMAS CATAO MONTE RASO

CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



B



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data de 20/02/20169 Setor AREA LARANJA UDC	Idade 48 Sexo MASCULINO Posto de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Nº 1007003 Leito 0004	Data Prescrição 15/06/2017 09:23:37 Prescrição válida a 15/06/2017 09:23:37
--	---	---	--------------------------------	--

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	V.L.	Via de	Válid. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 DIETA	0,0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.		24H		
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H		
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO + AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG		E.V.		1X AO DIA		
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.		8/8H		
6 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H		
7 AFERIR PA E FC	0,0							
8 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						Observação:mantener cabec. elevada	

15 de Junho de 2017

Colocar enxoval p/ j. /
THAISE ELLEN DE MORAES AGRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional

OMS DE VIGOR/2018/06/15/14:54:54 S.A.
13 MAR 2018
PROTÓCOLO
PROTOCOLO DE
PA



Cruz Vermelha e Traumau
14

RUA ORLANTINS LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALIM - JOAO PESSOA - PB - 58037090

PREScri^{ta} / MÉDICA

1. FAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
2. Atendimento		20/02/1969	48	MASCULINO	1007003	14/06/2017 16:52:48
3. Paciente de Moto			Posto de Trabalho	Lelio		Prescrição válida a 14/06/2017 16:52:48

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				Atenção!
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.		24H		
3 DIPRORNA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.				
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG		E.V.			1X AO DIA	
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.			Observação: 40mg VO	
6 CIETOF ROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.				
7 AFERIR PA E FC	0,0							
8 CABEÇERA ELEVADA A 30°	0,0						Observação: manter colar cervical	

14 de Junho de 2017

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

CRM: 6018

Assinatura e Carimbo do Profissional

14 de Junho de 2017

PROTÓCOLO
13 MAR 2018
CROSS VERMELHO
ASSOCIAÇÃO
CABEÇA ELEVADA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Data Prescrição	13/06/2017 09:13:02
Motivo do Atendimento	Setor			Posto de Trabalho		Leito				Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA											13/06/2017 09:13:02
MEDICAMENTOS PRESCRITOS											
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Apronameinto			
1 DIETA	0.0					ORAL					
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000,0	ML		E.V.		24H					
3 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.							
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML									
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4,0	MG		E.V.		6/6H					
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML									
5 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40,0	MG		E.V.		1X AO DIA					
Diluir em ÁGUA DESTILADA	40,0	ML									
6 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H					
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0	ML									
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0										
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						Observação/colar cervical				
9 AFERIR PA E FC	0,0										

13 de Junho de 2017

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

PROFISSIONAL
13 MAR 2018
PROTÓCOLO
PROFISSIONAL
CABECEIRA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Assinatura e Carimbo do Profissional

DNA WCR

DP 5

PROFISSIONAL
13 MAR 2018
PROTÓCOLO
PROFISSIONAL
CABECEIRA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Motivo do Atendimento	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Setor	20/02/1969	48	MASCULINO	1007003	12/06/2017 21:34:59
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				Leito		Prescrição válida a 12/06/2017 21:34:59

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento		Dose	U.M.	V.L.	Via de	Veloc. int.	Prostaglin	Orientação da Uso	Apresentação
1	Solução Ringer Lactato 500ml	1000.0	ML		E.V.			AGORA	
2	CETOPROFENO 100 MG Diluir em Solução Fisiológica 1,9%	100.0	MG		E.V.			AGORA	Observação:D 21/05

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO

CRM: 9298

- 1 -

Assinatura e Cabeçalho do Profissional

Assinatura e Cântigo do Profissional

12 de Junho de 2017

MR. CANTOR
Adelio Sampaio

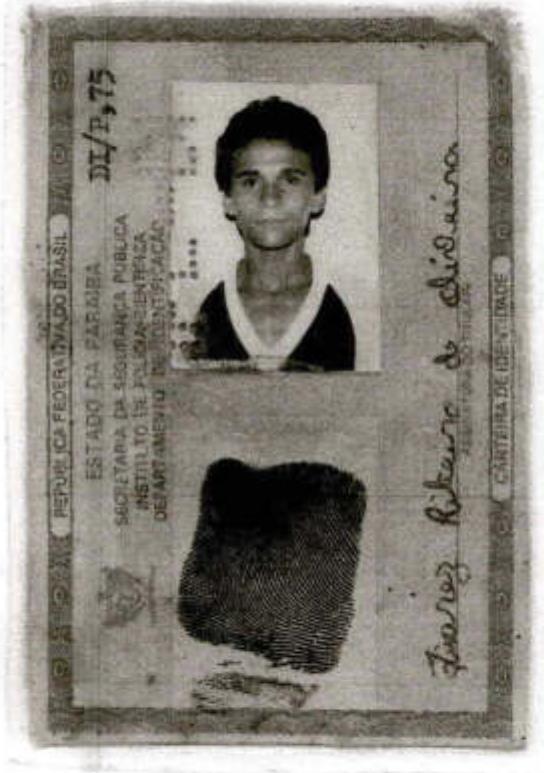
MEIA GERA
MELRO D. F.

COMPROVACIÓN DE LA ENTREGA
SIN PRUEBAS

19 MAR. 2013

PROTOCOLO

ACUERDOS



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180121856 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE C3 E D1.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: FRATURAS DE C3 E D1 TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA COM COLAR CERVICAL E REPOUSO. EVOLUIU COM CEFALEIA CRÔNICA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA CERVICAL, COM REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. ALTA EM 20/06/2017.
LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO BILATERAL DA COLUNA CERVICAL

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fuarez Ribeiro de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 12/06/2017 CPF DA VÍTIMA 690.062.964-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CDO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COH A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 15.300,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Fuarez Ribeiro de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA Natalia SoaresNatalia Soares

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180121856 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".



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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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

690.062.964-47

Nome completo da vítima

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	CPF titular da conta	690.062.964-47	Profissão	tretebo
Endereço	rua profeta	Número	112	Complemento	cota
Bairro	Ganheiros	Cidade	Lucena	Estado	PB
Email		CEP	58000-000	Telefone (DDD)	(53) 99160-7507

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (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	Nº	Nº

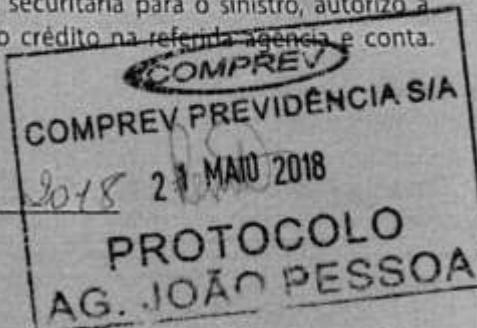
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº		Nº	
0039		33981	9
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

(Informar digito se existir) (Informar digito 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.

João Pedro, 21 de maio

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal