
Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413943

Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413943

Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

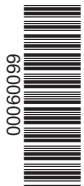
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059-225-564-60 Nome completo da vítima: Josemide Francisco da Silva

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

Nome completo: Josemide Francisco da Silva CPF: 059-225-564-60
Profissão: Recebeu-2 Endereço: Rua dos Lordeiros Número: 280 Complemento: _____
Bairro: Das Indústrias Cidade: São Paulo Estado: SP CEP: 58.000-000
E-mail: ccf.000@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

RENDA 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) ☒ Operadora 043
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 95-600 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 de 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.

PROTÓCOLO

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Paulo - SP, 05/07/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josemide Francisco da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
3º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
PROTÓCOLO
AG. JOÃO FESCH
05 JUL. 2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02968.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02968.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:04 horas do dia 15 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Joseneide Francisca da Silva**, CPF nº 059.225.564-60, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Fatima da Silva Cavalcante e Jose Francisco Cavalcante, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/06/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua dos Carteiros, Nº 280, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98730-4638.

Dados do(s) Fatos:

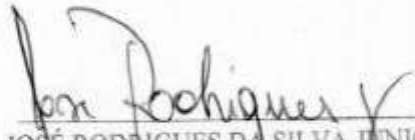
Local: Avenida Cidade de Cajazeiras, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias. Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/01/19 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

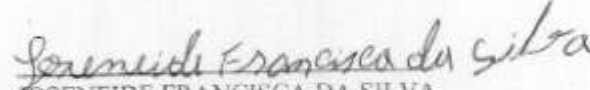
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

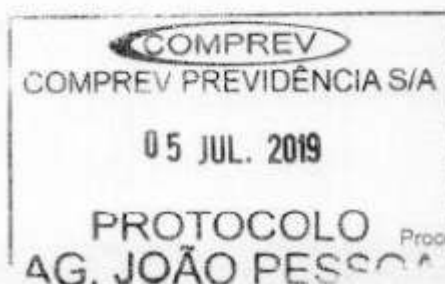
QUE NO DIA 26/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR PRETA, PLACA MOL-7051/PB, CHASSI 9C2HB0210BR412823, REGISTRADA EM NOME DE JULIO FREIRE DO RAMO, NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO PASSOU POR UM QUEBRA MOLAS, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02968.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059-225-564-60 Nome completo da vítima: Josemide Francisco da Silva

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

Nome completo: Josemide Francisco da Silva CPF: 059-225-564-60
Profissão: Recebeu-2 Endereço: Rua dos Lordeiros Número: 280 Complemento: _____
Bairro: Das Indústrias Cidade: São Paulo Estado: SP CEP: 58.000-000
E-mail: ccf.000@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

RENDA 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) ☒ Operadora 043
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 95-600 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 de 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.

PROTOCOLADO

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Paulo - SP, 05/07/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josemide Francisco da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
3º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
PROTOCOLADO
05 JUL. 2019
AG. JOÃO FESCH



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

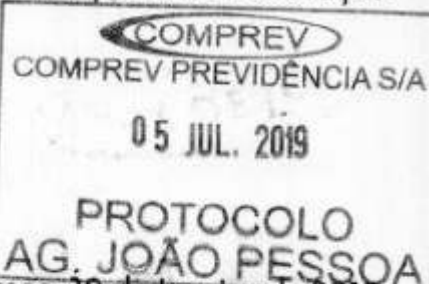
João Pessoa - PB

ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 901/094, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2332149, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA** idade 38 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 26/01/2019, na Av. Cidade de Cajazeiras, Bairro: das Indústrias - João Pessoa - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 30 de Janeiro de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

543527

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

PAULINA DA SILVA CAVALCANTE

RUA DOS CARTEIROS, 280 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.033.225.0204.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
		1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
N 18F096097	23/08/2018	EXT. CALC. LIGADO		INATIVO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
40	8	31		10/03/2019

HIST. CONS. / ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA - ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

	JAN/2019	8	1	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	8	1		TURBIDEZ	258	268
NOV/2018	11			CLORO	258	268
OUT/2018	7	1		COL. TERMOT	0	0
SET/2018	8			COR	78	103
AGO/2018	10			COL. TOTAIS	258	268
MEDIA(M)	8			DADOS REFERENTES A: DEZ/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 02:52:37

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(CS) ANT. 09/2018 11/2018		13,67
JUROS DE HORA 09/2018 11/2018		6,57

11
148,29
88,30
536,59

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO F.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONF. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 88,48

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Paulo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.225.564 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima José Paulo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.225.564 / 60 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>Avenida Lacerda</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Fontes</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>adailsonluz@netmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849.5530</u>

João Pessoa, 04 de Julho de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JULIO FREIRE DO RAMO,
RG nº 3212524, data de expedição 02/04/2005,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 08207752408,
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Monte das Oliveiras,
nº 137, 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
Joseneide Inapexa da Silva, cujo o condutor
era Joseneide Francisca da Silva.

Veículo.....: Moto Honda Pop 100
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2011
Placa.....: MOL 7051-7B
Chassi.....: 9E2HB0210BR412823
Data do acidente.: 26 de Junho de 2019

Local e data: João Pessoa 04/04/19



CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

X JULIO FREIRE DO RAMO

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Joseneide Francisca da Silva

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 1º OFÍCIO DISTRITAL

Dr. Manoel Vieira Batista - Titular / Dr. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua da Paraíba, 40 - Torre 1 - CEP 53010-010 - João Pessoa - Paraíba

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) _____ de _____

JULIO FREIRE DO RAMO

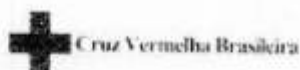
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 04/04/2019 16:30:00

Rikely Almeida de Lima - ESCRIVÃO AUTORIZADO

[2019-015031]EML:R\$ 89,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$

SELO DIGITAL: A1339230-6000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>





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: 1138741



Identificação do paciente

ID 1301917	Nome JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/06/1980	Idade 38 anos 7 meses 5 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe FATIMA DA SILVA CAVALCANTE	Pai JOSE FRANCISCO CAVALCANTE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANEKELLY DA SILVA MARTINS - SOBRINHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987706114	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3106789	Nº Cns 700505195958556
Local de procedência BAIRRO DAS INDÚSTRIAS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58083566	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE MARIZÓPOLIS
Número SN	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora 26/01/2019 22:44:52	Número da pulseira 1000006930522	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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 140	x 87	mmHg	Pulso 87	Temperatura
-----------	---------	------	-------------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Paciente consciente, orientada, queixa de dor em ABD, avaliada pela oxal solicitada exame de imagem para avaliação, segue sob cuidados da equipe.

Diagnóstico

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Tempo
36seg

Imprimir

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Donivaldo Batista
COREN 518512 - ENF



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	21/06/80
NOME DA MÃE	FATIMA DA SILVA CAVALCANTE

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.138.741
DATA DO ATENDIMENTO	26/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	22:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientada, Glasgow 15, com dor em pé direito, em joelho direito, dor em ombro direito e dor em punho esquerdo. Fratura de extremidade distal de rádio esquerdo, sem desvio.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
RX de punho esquerdo
RX de joelho direito.
TC de crânio
TC de coluna cervical
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo, sem desvio.

TRATAMENTO:

Imobilização com tala axilopalmar.

ALTA HOSPITALAR:	27/01/19
DATA DA EMISSÃO:	01/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

[illegible]

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRIA 70 6902-4314
FAX 70 6902-4314

CARLOS ALBERTO MARQUEZ VIEIRA
(CRN: 6902P9)

RECIBO DE PAGO DE VOUCHER DE VIAJES

NOMBRE: []		CATEGORIA: []	
GRUPO: []	Nº DE VOUCHER: []	MONEDA: []	
FECHA DE EMISIÓN: []		FECHA DE VENCIMIENTO: []	
VALOR: []		FECHA DE PAGAMENTO: []	
MONTANTE: []		FECHA DE RECEPCIÓN: []	

EXAMEN DE RAYOS X

- 1. EXAMEN DE COLUMNA LUMBAR + HOMBROS + CODO
- 2. EXAMEN DE COLUMNA LUMBAR + CODO
- 3. EXAMEN DE COLUMNA LUMBAR + CODO + COLUMNA

RAIOS X	
TIPO: []	DATA: []
HORA: []	MONEDA: []
ASS: []	

EXAMEN DE RAYOS X

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: (21) 65700
CNI S: 2778890

Paciente	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		
Data de Nascimento	21/06/1980	Sexo	Feminino
Idade	38a 7m 6d	CNPJ	700505195950556
Nome	FATIA DA SILVA CAVALCANTE		
Endereço	RUA DE MANOEL DE OLIVEIRA, 38		
Cidade	JOAO PESSOA		
UF	PB		
Data de	26/01/2019		
Horário	22:01/2019 10:17:18		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RELATA DOR PÉ DIREITO, JOELHO DIREITO, OMBRO DIREITO E FRENTE DA CABEÇA.

CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS

EXAME DE MANEJO

RADIOGRAFIA DE CERVICAL C7 OMBRO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

Conduta

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 8902/PB)

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNPES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 22:44:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
11/06/1980	38a 7m 6d	Feminino	700505195958556
Mãe			Telefone de Contato
CRISTINA DA SILVA CAVALCANTE			(83) 987706114
Endereço	Bairro	Município	UF
CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/01/2019 22:44:52		27/01/2019 08:21:55	

Anamnese

#NCR

PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL. MELHORA DO SENSORIO

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

TC CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES

CD.

ALTA DA NCR →

A CARGO DA ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL → GIB

Conduta

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNPES: 7778696

Paciente		RAI	Data e hora de entrada	Data de saída
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		1138741	26/01/2015 22:44:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNPJ	Telefone de Contato
21/06/1988	26 Anos	Feminino	70950519598056	(83) 967700114
Mãe		Prontuário		
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE				
Endereço		Atividade	Municação	UF
CIDADE DE MARIZÓPOLES, SN		INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Residência	Motivo	Paciente		Nº Cons. Hospitalar
QUEDA / QUITA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS		8267/PB
Data e hora de observação		Data e hora de observação		
26/01/2015 22:44:52		27/01/2015 01:38:53		

AVISO DE OBSERVAÇÃO

III - Nomenclatura

Avalio paciente em situação de queda de moto, após liberação alcoólica, sem sinais de alarme.

Sinais de alarme:

Anexando ECG 15, PIER, com déficit focal.

1. Exame com observação epidemiológica de urgência.

2. Consulta de vídeo com imagens de segurança, após de urgência.

Cd:

Observação: Após quando ECG 15 (liberação alcoólica).

Conduta

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

CONSULÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

CEP: 52105-000

FONE: 4950015

Nome do Paciente	Nome do Responsável	Idade	Data e Hora da Consulta	Outro Dado
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		1138741	26/01/2019 22:44:52	
Endereço do Paciente	Endereço do Responsável	Endereço	CNPJ	Telefone de Contato
210001900	56a 7m 5d	Industria	709505190500550	(83) 967706134
Mãe				Prontuário
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE				
Endereço	Bairro	Município	UF	
CIDADE DE MARCOPOLES, SN	INDUSTRIAS	JOAO PESSOA	PB	
Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
210001900	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GRUPO DA SILVA MESQUITA		5120012
Endereço do Paciente	Endereço do Responsável	Endereço do Paciente	Endereço do Responsável	Endereço do Paciente
210001900	27/01/2019 01:14:05			
Paciente com queixa de dor no maxilar inferior (D) NO MOMENTO EM FGB, LOTE EUPNEICA, NORMOGORADA EXAME FÍSICO: ACUIDADE VISUAL MANTIDA, EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITAL (D), ESCORIAÇÕES NA FACE SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, SEM SINAIS CLÍNICOS E TOMOGRAFICOS DE FRATURAS DE FACE				
1. ORIENTAÇÃO				
2. EXAME FÍSICO				
3. EXAME FÍSICO				
4. EXAME FÍSICO				
5. EXAME FÍSICO				
6. EXAME FÍSICO				
7. EXAME FÍSICO				
8. EXAME FÍSICO				
9. EXAME FÍSICO				
10. EXAME FÍSICO				
11. EXAME FÍSICO				
12. EXAME FÍSICO				
13. EXAME FÍSICO				
14. EXAME FÍSICO				
15. EXAME FÍSICO				
16. EXAME FÍSICO				
17. EXAME FÍSICO				
18. EXAME FÍSICO				
19. EXAME FÍSICO				
20. EXAME FÍSICO				
21. EXAME FÍSICO				
22. EXAME FÍSICO				
23. EXAME FÍSICO				
24. EXAME FÍSICO				
25. EXAME FÍSICO				
26. EXAME FÍSICO				
27. EXAME FÍSICO				
28. EXAME FÍSICO				
29. EXAME FÍSICO				
30. EXAME FÍSICO				
31. EXAME FÍSICO				
32. EXAME FÍSICO				
33. EXAME FÍSICO				
34. EXAME FÍSICO				
35. EXAME FÍSICO				
36. EXAME FÍSICO				
37. EXAME FÍSICO				
38. EXAME FÍSICO				
39. EXAME FÍSICO				
40. EXAME FÍSICO				
41. EXAME FÍSICO				
42. EXAME FÍSICO				
43. EXAME FÍSICO				
44. EXAME FÍSICO				
45. EXAME FÍSICO				
46. EXAME FÍSICO				
47. EXAME FÍSICO				
48. EXAME FÍSICO				
49. EXAME FÍSICO				
50. EXAME FÍSICO				
51. EXAME FÍSICO				
52. EXAME FÍSICO				
53. EXAME FÍSICO				
54. EXAME FÍSICO				
55. EXAME FÍSICO				
56. EXAME FÍSICO				
57. EXAME FÍSICO				
58. EXAME FÍSICO				
59. EXAME FÍSICO				
60. EXAME FÍSICO				
61. EXAME FÍSICO				
62. EXAME FÍSICO				
63. EXAME FÍSICO				
64. EXAME FÍSICO				
65. EXAME FÍSICO				
66. EXAME FÍSICO				
67. EXAME FÍSICO				
68. EXAME FÍSICO				
69. EXAME FÍSICO				
70. EXAME FÍSICO				
71. EXAME FÍSICO				
72. EXAME FÍSICO				
73. EXAME FÍSICO				
74. EXAME FÍSICO				
75. EXAME FÍSICO				
76. EXAME FÍSICO				
77. EXAME FÍSICO				
78. EXAME FÍSICO				
79. EXAME FÍSICO				
80. EXAME FÍSICO				
81. EXAME FÍSICO				
82. EXAME FÍSICO				
83. EXAME FÍSICO				
84. EXAME FÍSICO				
85. EXAME FÍSICO				
86. EXAME FÍSICO				
87. EXAME FÍSICO				
88. EXAME FÍSICO				
89. EXAME FÍSICO				
90. EXAME FÍSICO				
91. EXAME FÍSICO				
92. EXAME FÍSICO				
93. EXAME FÍSICO				
94. EXAME FÍSICO				
95. EXAME FÍSICO				
96. EXAME FÍSICO				
97. EXAME FÍSICO				
98. EXAME FÍSICO				
99. EXAME FÍSICO				
100. EXAME FÍSICO				

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilofacial
BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5120012)



Secretaria de Saúde
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente:	Nome:	ID:	Data/Hora Entrada:	Dieta:
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 22:44:52		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	ID:	Telefone do Contato:
21/06/1959	59 Anos	Feminino	700505190358556	(63) 967706114
Mãe:				Profissão:
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE				
Endereço:	Cidade:	Município:	UF:	
CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB	
Profissão:	Motivo:	Profissional:	Nº Cnes, Registra:	
QUEDA / DE CAÍDA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	10510/PB	
Data/Hora Classificação:		Data/Hora Prescrição:		
26/01/2019 22:44:52		26/01/2019 23:20:18		

Anamnese

TRAZIDO PELA SAMU VITIMA DE QUEDA DE MOTO SIC. ALEGA CERVICALGIA. NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. MEGA VÔMITO E SÍNCOPE. VIAS AÉREAS PERVIAS, ALEGA CERVICALGIA NORMOPNEICA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM PRESENÇA DE SANGRAMENTO APARENTE, NORMOORESSORICA. GIÁSCOPO PREJUDICADO, CONSCIENTE, DESORIENTADA, SONOLENTA, PUPILAS ISOCÓRICAS E NORMORELATIVAS. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES LEVES FM FACE.

CD

ANALGESIA
RX DE TORAX AP
TC DE CRÂNIO E CERVICAL
FAST
RX DE PE DIREITO

DIETA

DIETA ZERO VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO PARA 100 ML DE SF)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO PARA 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE PE / DEJOS DO PE DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Transtorno não especificado

Conduta

Em observação

Classificação da lesão: Y50.0 MANDADO A SEGUIR OBSERVAÇÃO NA CLINICA 26/01/2019 23:25:28

Dr. J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510



Parecer Médico

Nome JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	Idade 38A 7M 6D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1138741	Data de Entrada 26/03/2019 22:44:07	Permanência na Unidade 35min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito
Clinica CIRURGIA GERAL		
Parecer médico	Profissional	
Especialidade NEURO CIRURGIA		
Motivo da solicitação VIDE ANAMNESE		
Parecer		

Bruno J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510



Parecer Médico

Paciente JOSENE FRANCISCA DA SILVA	Idade 35A 7M 6D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1138743	Data de Entrada 26/01/2019 22:44:52	Data Internação
Causa Leito	Clinica CLINICA GERAL	Permanência na Unidade 35min
Parecer médico	Profissional	Permanência no Leito
Especialidade CLINICA GERAL		
Motivo da solicitação VIDE ANAMNESE		
Parecer		

[Handwritten signature]

Jrmo J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 20/10/2019 23:20
 Paciente: BRUNO JOSE

Boleto: 1138741



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Nome do Paciente	Data de Nascimento	IDADE	Sexo	Nº	Prof. Responsável	Data Prescrição
BRUNO JOSE PRANCISCO SILVA	21/05/1980	38a 7m 03s	MASCULINO	1138741			20/10/2019 23:20
Endereço		Município		Estado		Valor da Prescrição	
Sobramaria, RJ						R\$ 0,00 - 20/10/2019 23:20:00 - 20/10/2019 23:20:00	
Telefone		Data de entrada		Código Internação		Participação de	
015		20/10/2019 22:44:52		39404		R\$ 0,00	
Nome do medicamento	Dose	Vol.	Orientação de Uso	Via de	Valor unit.	Qtd.	Aproximado
DETOXIFERUNDO	1000	100		Oral			
DETOXIFERUNDO	1000	100	Comprimido diluído para 100 ml de SF	Oral		12/24h	
TRAMADOL 350 MG METAVEL	20	10	Comprimido diluído para 100 ml de SF	Oral		12h	
AMOXICILINA							

Assinatura do Médico

Bruno J. B. Gonçalves
 MÉDICO
 CRM - PB 10510

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
 DATA: 20/10



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

NOME JOSENE DE FRANCISCA DA SILVA		
Data de 21/06/2019	Nº Boletim Emergência 1435741	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 26/01/2019 20:20:18
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL 5 CONTRASTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO RODILÓGRAFO DE MÊDULAS DO PÉ DIREITO TOMOGRAFIA DE TORAX PAI AP ULTRASSONOGRAFIA - FIST		
ULTRASSONOGRAFIA TIPO... <u>Fist</u> DATA... <u>26/01/19</u> HORA... <u>23:43</u> NOME FISC... <u>[assinatura]</u> ASS... <u>[assinatura]</u> <u>[assinatura]</u> MEDICO CRM - PR 10510		

TOMOGRAFIA	
TIPO...	<u>18</u>
DATA...	<u>26/01/19</u>
HORA...	<u>23:59</u>
NOME DOTEC. RAD.	<u>LUAN</u>
ASS:	

RAIOS-X	
TIPO...	<u>971 01 19</u>
DATA...	<u>01/10</u>
HORA...	<u>15</u>
NOME DOTEC. RAD.	<u>X</u>
ASS:	



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

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.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 00:27.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Osteófitos marginais anteriores e posteriores nos corpos vertebrais de C5 e C6.

Gás no platô inferior de C5.

Ossificação do ligamento longitudinal posterior no nível C6-C7.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 06:59.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sonador Humberto Lucena

Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 26/01/2019 23:45.

Dra. Norma C. M. F. Montenegro
CRM: 9697- PB



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNES: 2778696 - Tel.: 8332.1857/50

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A)

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

RG (IDENTIDADE)

3166789

FOI ATENDIDO(A) POR CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

DO(A) ÁREA VERDE ENF 35

NO DIA 27/01/2019 11:14:56 NECESITANDO DE 60 - SESENTA

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio

T14.9 - Traumatismo não especificado

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

PRESCRIÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira

CRM 28.690-6

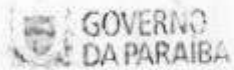
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 2º, § 2º, CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 69.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 28.690-6



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
Sistema de Saúde do Estado da Paraíba



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 27.786.996 - Tel. 8332185700

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A)
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

RG (IDENTIDADE):

3106789

PER ATENDIMENTO DO DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

CD (ARCA VERDE ENF 36)

NO DIA **27/01/2019 11:14:56**, NECESSITANDO DE **60** **SESSENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CD: S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio

T14.9 - Traumatismo não especificado

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL

LEGITIMIDADE

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 6902 CRM PE 22641

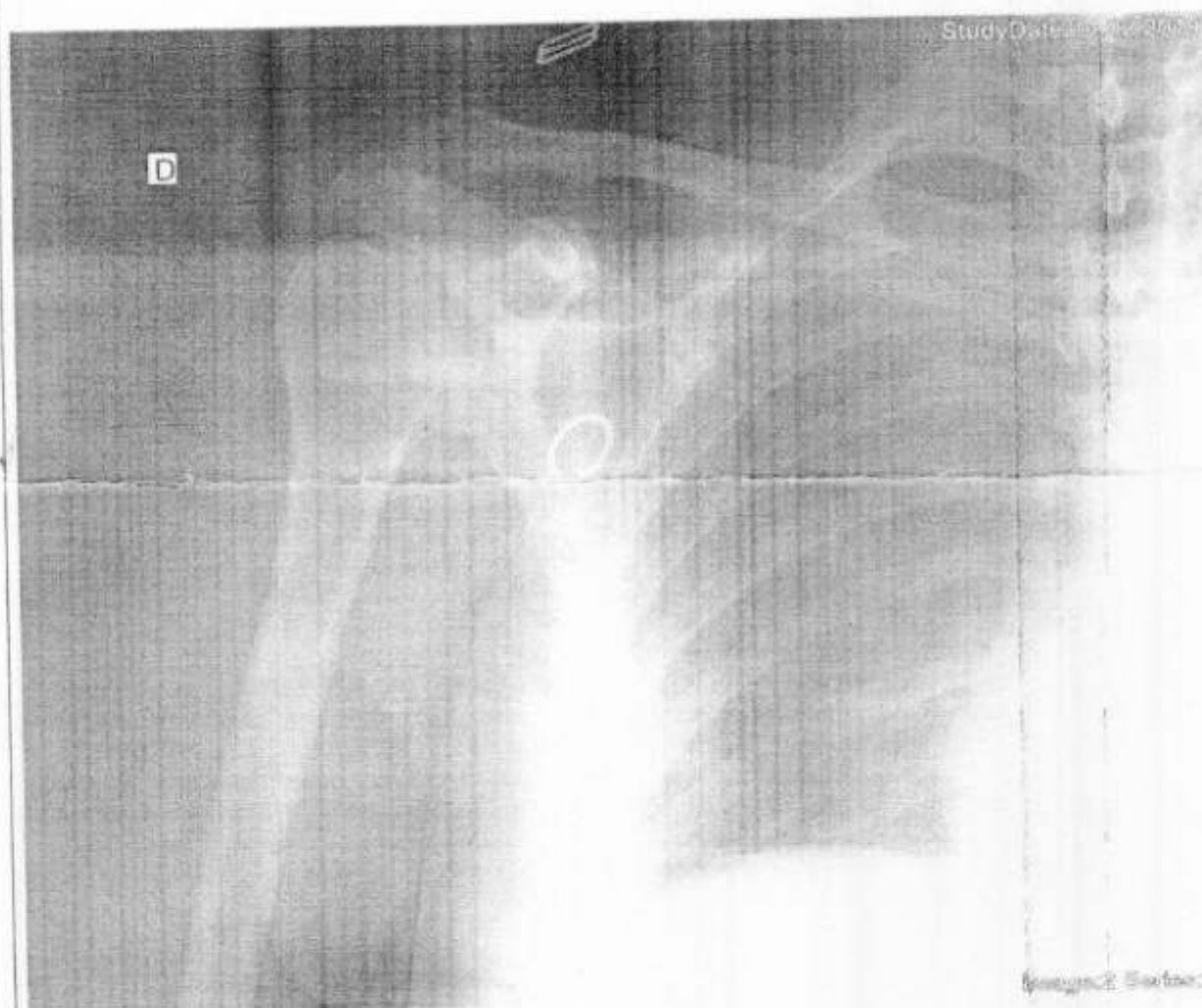
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, AMENDADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
2001/04, E SERÁ EXPEDIDO PARA RISTITUÇÃO DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 6902 CRM PE 22641

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

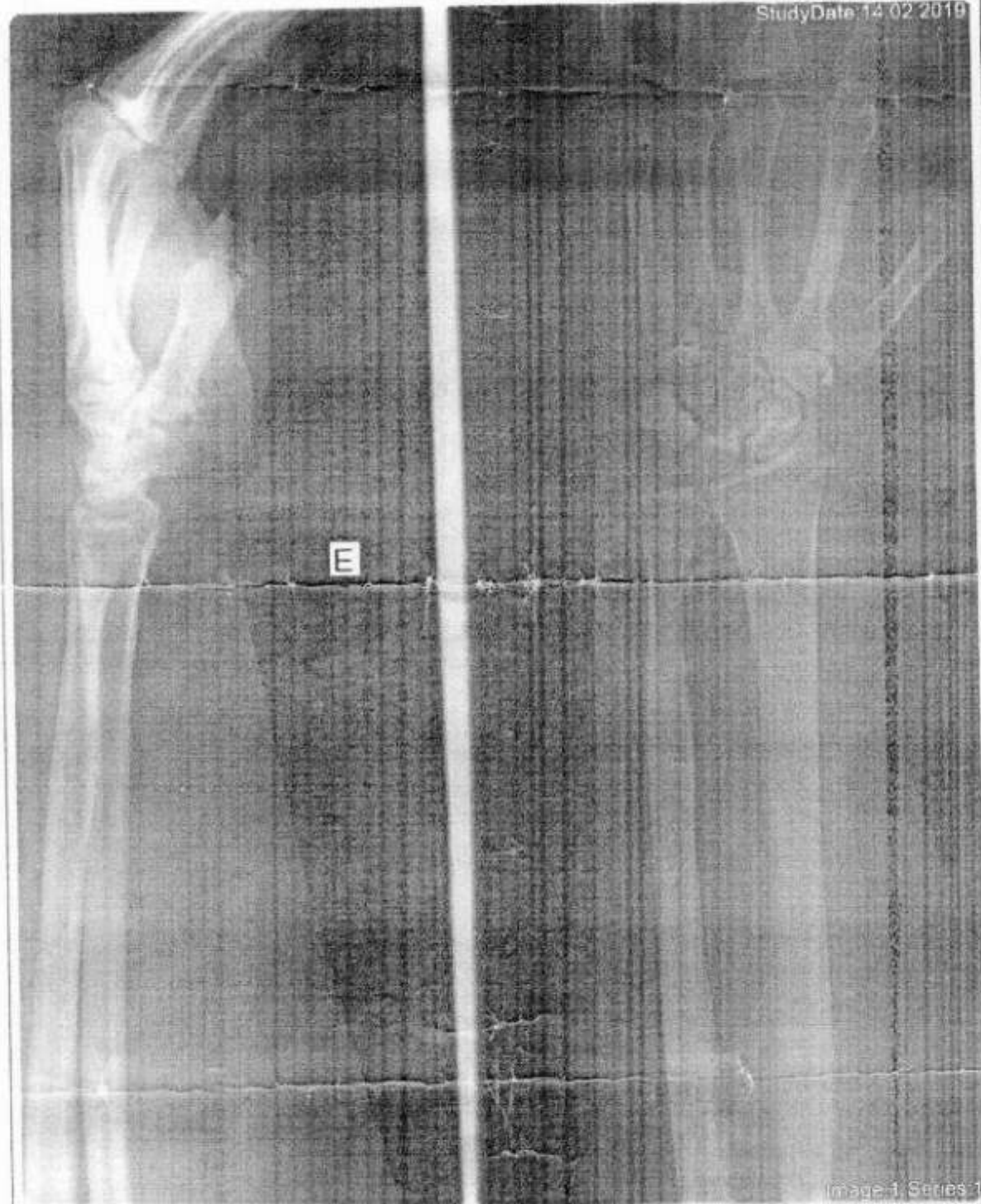
PatientID: 000000067493
PatientName: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 21.06.1980
Age: 38a



PatientID: 000000067493
PatientName JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 21.06.1980
Age: 38a



HTOP



GOVERNO DA PARAIBA



GOVERNO DA PARAIBA

Receituário de Controle Especial

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

700505195958556

1138741

Rua CIDADE DE MARIZOPÓLIS, SN, JOAO PESSOA-PB-58083566

FOXIS 200 MG -----10 CP

TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

PACO COMPR -----24 CP

TOMAR DE 8/8 HORAS

27/01/2019

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 6902 CRM PE 22641
TEO 13941

Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
6902/PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GENÉ

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

José Francisco Cavalcante

FILIAÇÃO

Fátima da Silva Cavalcante

João Pessoa-PB.

NATURALIDADE

21.05.1980

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 20576. fls. 239. liv. A-19

DOC. ORIGEM

Cart. de João Pessoa-PB.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 20/03/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO CANCELÁRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 1.963/54)

REGISTRO DO PORTADOR

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

ABRAZIL

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FUNÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

RG
3.148.827 - SSP/PB

CPF
007.854.384-99

DATA DE REGISTRO E VALIDADE
NÃO

01 07/05/2018

PAULO ANTONIO MORA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1489035314

JULIO FREIRE DO NASCIMENTO

CPF 082.077.524-08

RG 10/04/1981

ENDEREÇO RUA JOSE MARQUES

CIDADE MARCEL FREIRE DO NASCIMENTO

CEP 05333460

PROFISSÃO MOTORISTA

DATA DE EMISSÃO 02/07/2021

VALIDADE 10/06/2028

Nº REGISTRO 05333460958

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO 26/06/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

DOCUMENTO PESSOA
DO PROPRIETÁRIO
DO VEÍCULO!

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

SAMSUNG

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

CPF 01372757957

RG 01372757957

ENDEREÇO RUA JOSE MARQUES

CIDADE MARCEL FREIRE DO NASCIMENTO

CEP 05333460

PROFISSÃO MOTORISTA

DATA DE EMISSÃO 02/07/2021

VALIDADE 10/06/2028

Nº REGISTRO 05333460958

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO 26/06/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

PAGO

DATA DE PAGAMENTO 02/03/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190413943 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // 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

OUTORGANTE:	<u>Josineide Francisca da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteira</u>
PROFISSÃO:	<u>Dona de casa</u>	Nº DO RG:	<u>3106789</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>557/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>04/05/01</u>
Nº DO CPF:	<u>059.225.564-60</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua dos Cortesões,</u> <u>nº 280, Bairro dos Indústrias, João Pessoa - PB, Cep 58083</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430,

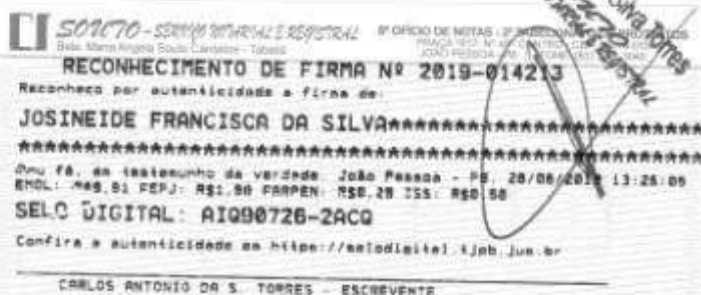
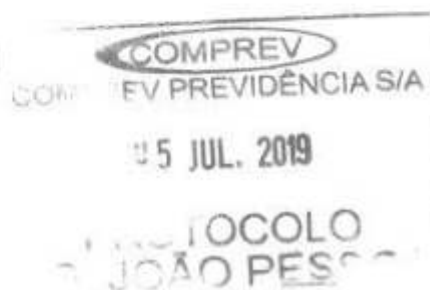
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Josineide Francisca da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa
Serviço
Notarial

João Pessoa, 28 de junho de 2019.

Josineide Francisca da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226566/19

Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

CPF: 059.225.564-60

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 26/01/2019

Titular do CPF: JOSENEIDE FRANCISCA
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA : 059.225.564-60

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: 05/07/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO