

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Nº Sinistro: 3180197556

Vitima: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Data do Acidente: 26/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180197556**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12759006



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3180197556  
Vítima: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
Data do Acidente: 26/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180197556** 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](http://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, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12926759

A/C: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Nº Sinistro: 3180197556  
Vítima: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
Data do Acidente: 26/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

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: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000052689-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

095.899.764-09

Nome completo da vítima

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		CPF titular da conta <b>095.899.764-09</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>SÍTIO MATA VELHA</b>		Número <b>S/Nº</b>	Complemento
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>ARRAUNA</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58933-000</b>
Email			Telefone (DDD) <b>83.999479100</b>

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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO _____ NRO _____ AGENCIA _____ NRO _____ D/V _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. <b>0038</b> (informar dígito se existir)	CONTA NRO. <b>52689</b> (informar dígito se existir)	D/V <b>3</b> (informar dígito se existir)	D/V <b>3</b> (informar dígito se existir)

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

ARRAUNA-PB, 09 de MAIO de 2018  
Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

081-469130591-1

22/MAR/2018 HORA DE 15:03:30

LOT. 13.017892-6 TERM 009045

LOCALIDADE: ARARUNA

AG. VINCULADA: 0038

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0038,0005,589-3

NOME: MURTAIR DO SILVA BARBOSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
16/03	00,00
RESUMO EM 21/03	00,00
SALDO	00,00
RESUMO DO DIA	00,00
SALDO BLOQUEADO	00,00
SALDO DISPONIVEL	00,00
SALDO TOTAL	00,00

081-469130591-1

1ª VIA

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 MAR 2018

PROTOCCLO

AG. JOAO PESSOA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 137/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido(a) por RUBINALDO, Identidade nº 7.220.814-SSP/SC, CPF nº 095.899.764-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Gileno Barbosa de Souza e Rosilda de Lima da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/01/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99146.1986.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 26 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** PB 111 entre Araruna e Cacimba de Dentro;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTONETA HONDA/ BIZ 125 COR VERMELHA ANO 2017/2017 PLACA QFY7176/PB CHASSI 9C2JC4830HR411783 LICENCIADA EM NOME DE ROSILDA DE LIMA DA SILVA

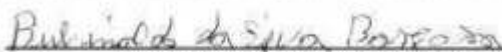
**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**


**FRANCISCO BARBOSA**  
**MARIA APARECIDA DE MEDEIROS**

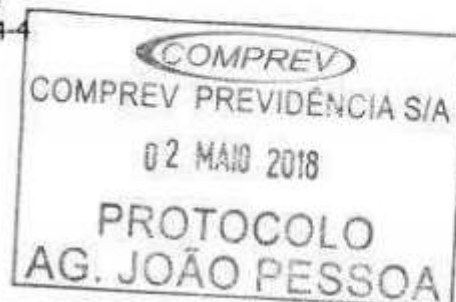
**8) Breve resumo do fato:**

QUE no dia 26 de novembro de 2017 por volta das 19h:00min o noticiante ao se deslocava pilotando a moto supracitada vindo de Cacimba de Dentro com destino ao Sítio Mata Velha na cidade de Araruna/PB; QUE ao se aproxima da fazenda de José Maranhão foi fechado por um carro não identificado; QUE perdeu o controle vindo a cair; QUE no momento da queda ficou inconsciente; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital do Trauma de João Pessoa; QUE sofreu várias fraturas na face e de acordo com o laudo anexo se submeteu a procedimento cirúrgico; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

  
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
Comunicante

  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 168.474-4





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

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CPF da Vítima

095.899.764-09

Data do Acidente

26/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83 999479100

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.

APARUNA-PB, 02 de MAIO de 2018

Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

02 MAIO 2018

PROTOCOLO  
AG. 10.000.000.000



**Estado da Paraíba**  
**Prefeitura Municipal De Cacimba De Dentro – PB**  
**Secretaria Municipal de Saúde – SMS**  
**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, o Sr° Rubinaldo da Silva Barbosa, foi vítima de queda de moto, com possível fratura de face. Após imobilização e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi admitida para avaliação médica.

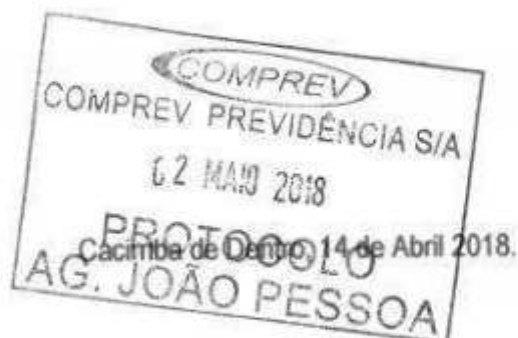
Segue abaixo dados da ocorrência.

Data da ocorrência: 26/11/2017

ID da ocorrência: N°1897921

Local: PB 111 Que liga Cacimba de Dentro à Araruna.

DAYSE OLGA DE LIMA MACEDO  
COORDENADORA







**SAMU  
192**

**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - CEP: 58225-000  
Solânea - Paraíba - Fone: (83) 3363-2859  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 065  
**TRAUMA****



**SAMU  
192**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data <u>26/11/11</u>	Ocorrência nº <u>1897921</u>	Paciente / Usuário <u>Rubemildo da Silva Barbosa</u>	Idade <u>25</u>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>Açôio A USB 42 (30-35m de dentro)</u>		Bairro <u>CRUZ</u>	Médico Regulador <u>D. C. Soares Lima</u>	
Apoio no local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros				

**DESTINO**

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: [assinatura] OBS: \_\_\_\_\_

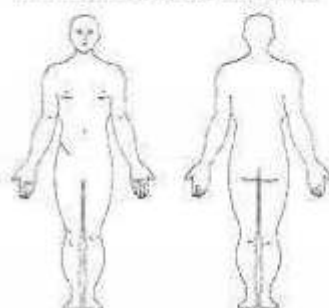
**TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)**

**CINEMÁTICA / CAUSA**  
☐ QUEDA <5M ☐ QUEDA >5M ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUEDA DE MOTO ☒ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO  
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO  
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO \_\_\_\_\_  
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: \_\_\_\_\_ OU DENTRO DO VEÍCULO \_\_\_\_\_ AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR ☐ ESQ  
☐ AFOGAMENTO GRAU \_\_\_\_\_ ☐ QUEIMADURA GRAU \_\_\_\_\_ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAS ☐ FAF  
☐ OUTRO \_\_\_\_\_  
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA  
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ RANHA  
☐ ENVENENAMENTO POR: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**

Encontrado: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO  
☐ FORA DO VEÍCULO ☐ DEMBULANDO ☐ EM CIMA DE \_\_\_\_\_ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 Nível de Consciência ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☒ HÁLITO ETÍLICO  
☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO ☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO  
 Queixa ☐ DOR / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ PARESTESIA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ OUTRA: \_\_\_\_\_  
**LESÕES APRESENTADAS**  
☐ ESCORIAÇÕES / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ CORTE / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ PERFURAÇÕES / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ LUXAÇÃO / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ ENTORSE / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ CÁMBRA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ EDEMA / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATOMA / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ EQUIMOSE / LOCAL: \_\_\_\_\_  
☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO**



**IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS**

<input type="checkbox"/> MIDRIASE	• •
<input type="checkbox"/> MIOSE	• •
<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS	• •
<input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS	• •

**DADOS VITAIS**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: \_\_\_\_\_ lpm FINAL: \_\_\_\_\_ lpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE  
 FC INICIAL: \_\_\_\_\_ bpm FC Final: \_\_\_\_\_ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ☐ >8 ☐ <9 PAS (mmHg): ☐ >90 ☐ <90  
 PADRÃO RESPIRATÓRIO ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS ☐ <2 SEGUNDOS - MMII ☐ <2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO \_\_\_\_\_ %

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

☐ COLAR CERVICAL TAM. \_\_\_\_\_ / ☐ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHA RÍGIDA / ☐ KEDY / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES  
☐ A V P COM ABOCATH Nº \_\_\_\_\_ / ☐ MSE / ☐ MSD / ☐ SRL \_\_\_\_\_ ml SF 0,9% \_\_\_\_\_ ml / MEDICAÇÃO  
 021/MIN ☐ MÁSCARA COM RESERV. ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ ME ☐ MID ☐ MACA VÁCUO  
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO ☐ CURATIVO ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR LOCAL ☐ OLHO E  
☐ OLHO D ☐ VELPEAU / LOCAL: \_\_\_\_\_ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**

ENFERMEIRO \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_ TÉCNICO DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_  
 CONDUTOR \_\_\_\_\_ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO) \_\_\_\_\_ MÉDICO (VISTO) \_\_\_\_\_

**RECUSA**

\_\_\_\_\_

# 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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000052689-3

---

Nr. da Autenticação 71C8576FB906F83E

**RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**  
SIT MATA VELHA, SN - AREA RURAL  
AFARUNHA/PB CEP: 58233000 (AO: 82)

Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar/2018  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Rótulo: 14-82-153-828 Nº medidor: 05008637088

**ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
R. 230, Km 25 - João Pessoa/PB CEP: 58071-600  
CNPJ: 08.135.000-40 - Ins. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica/P004 084 447  
Cód. para L. Automático: 00016830515

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Mar/2018	23/03/2018	24/04/2018	9589976409

**UC (Unidade Consumidora):** **5/1683051-5**

Canal de contato

- Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica os consumidores, e furtos prejudicam a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/02/18	1188	23/03/18	1210	1	41	28

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Nº	Unidade	Base Calc.	Po	Cobrança
0801	Consumo em kWh	41,000	0,514120	21,07	0,00	0	0,00	21,07	0,14 0,95

CC: Código de Classificação do item TOTAL 21,07 0,00 0,00 21,07 0,14 0,95

Média últimos meses (kWh)  
28

**VENCIMENTO**  
**02/04/2018**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 21,07**

Histórico de Consumo (kWh)

47	15	39	48	6	36	45	30	6	0	27	39
Mar/17	Abr/17	Mar/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

8ba2.4058.389e.1d4a.fbd9.36f7.6525.37b7

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSAL	11,84	1,88	NOMINAL 220
OC TRIMESTRAL	20,00		
OC ANUAL	43,75		CONTRATADA
FIC MENSAL	7,74	1,00	
FIC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR 231
OMC	8,52	58	
DMCI	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servico de Out. da Energia	9,34	38,99
Carteira de Energia	1,37	5,97
Servico de Transmissão	1,15	4,98
Encargos Setoriais	2,15	9,25
Impostos Setoriais e Encargos	0,73	3,75
Outros Servicos	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>21,07</b>	<b>100,00</b>

Valor do BUSE (Ref. 1/2018) R\$ 7,36

**ATENÇÃO**

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
02 MAIO 2018  
**PROTOCOLO**  
**DE AÇÃO PESSOAL**

## 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.901.024 / 59, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RUBINALDO DA SILVA BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.899.764 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.899.764 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 MAIO 2018

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>RUA: JOSE FELIPE NERY</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>1º ANDAR</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>ARARUNA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58233-000</u>
Email <u>ZEZINHODPVAT@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>83.999479100</u>

ARARUNA-PB, 02 de MAIO de 2018  
Local e Data

JOSE ALVES PESSOA  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSILDA DE LIMA DA SILVA,  
RG nº 2.242.330 - 2ª via, data de expedição 24/04/1996,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 042.654.014-06,  
com Domicílio na cidade de ARARUNA, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MATA,  
VELHA nº S/Nº, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, cujo o condutor  
era RUBINALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo.....: MOTO HONDA/BIZ 125  
Ano.....: 2017  
Modelo.....: 2017  
Placa.....: GF47176 / PB  
Chassi.....: 9C2JC4830HR411783  
Data do acidente.: 26 DE NOVEMBRO DE 2017

Local e data: ARARUNA - PB 23 DE ABRIL DE 2018

 **RECONHEÇO**  
X Rosilda de Lima da Silva  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"  
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (53) 3373 1270  
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de  
Rosilda de Lima da Silva, dona de  
Araruna, 23/04/2018, 2018  
Em test. \_\_\_\_\_ da verdade  
Assinatura Proprietária M. Neves

SELO DIGITAL  
AGU46103-ED10  
Consulte Autenticidade em:  
<https://reconhecimento.pb.gov.br>







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
DADOS DE NASCIMENTO 03/01/92  
NOME DA MÃE ROSILDA DE LIMA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.044.444  
Nº PRONTUÁRIO 105.668  
DATA DO ATENDIMENTO 27/11/17  
HORA DO ATENDIMENTO 02:04  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (MANDÍBULA + MAXILA + PAREDE LATERAL DO NARIZ)  
CID 10 S 00.9 + S 02.7

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando trauma contuso de face D, com cefaléia associada, edema de face, ferimento contuso em lábio superior, edema em região lateral da mandíbula D. Relato de consumo de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da face  
RX do tórax - AP

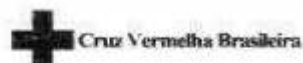
### TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (mandíbula + maxila + parede lateral do nariz) à TC da face. Sem alteração à TC do crânio. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Lacet e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 04/12/17

DATA DA EMISSÃO: 06/04/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

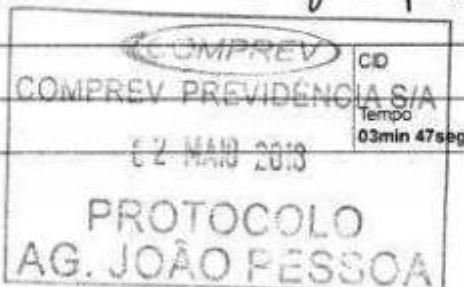
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1044444

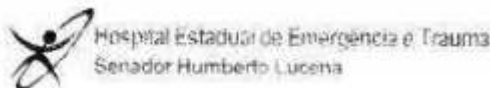
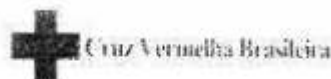


Identificação do paciente						
ID 1234643	Nome RUBINALDO DA SILVA BAREOSA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA	Pai GILENO BARBOSA DE SOUZA		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE			
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 993476888	DDD Fixo Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7220814	Nº Cns 702009803402286				
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 27/11/2017 02:04:54	Número da pulseira 1000005802141	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
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 SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente consciente, orientado, eupneico, vitais de acidente motociclistico, apresentando edema em face à D e edema labial. Segue p/ exames.						
Diagnóstico Hemorragia						
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						

Imprimir







## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>	BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 993476888 / (83) 993476888</b>
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	Prontuário <b>105668</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO</b>	Nº Cons. Regional <b>2537/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>01/12/2017 13:15:42</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

## EVOLUÇÃO MEDICA

### EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MÚLTIPAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSÃO, AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA

### Anamnese

PACIENTE EM 1 DPO CIRURGIA DE FRATURAS MÚLTIPAS DE FACE.

NO MOMENTO PACIENTE ACAMADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL, AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, NÃO ACEITANDO BEM A DIETA, SEM QUEIXAS ALGICAS, DIURESE ESPONTÂNEA, NEGANDO VÔMITOS OU ENJOOS.

AO EXAME FÍSICO: OBSERVA-SE LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EDEMA EM FACE COMPATÍVEL COM O PO, SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE SANGRAMENTO + SEM SINA DE INFECÇÃO + SEM SINAL DE DEISCÊNCIA.

CD: 1- OBSERVAÇÃO BMF

### Conduta

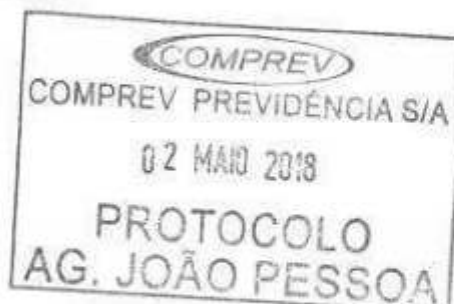
Em observação

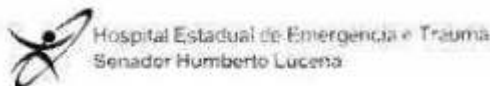
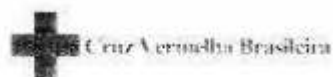
Clarissa Campelo  
Bucco-Maxilo-Facial  
CRO PB 2537

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
(: 2537/PB)

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO



**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>	BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 993476888 / (83) 993476888</b>
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LACET DE LIMA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>2850/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>30/11/2017 15:50:35</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula		Senha

**EVOLUÇÃO MEDICA****EVOLUÇÃO****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO**

PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSAO, AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA

**Anamnese**

PACIENTE OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS. SOLICITADO RADIOGRAFIA PÓS OP. AGUARDA MELHORA DO QUADRO PARA ALTA

**DIETA**

DIETA, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO EM CASO DE VOMITO OU NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

**CUIDADOS**

DECUBITO ELEVADO EM 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

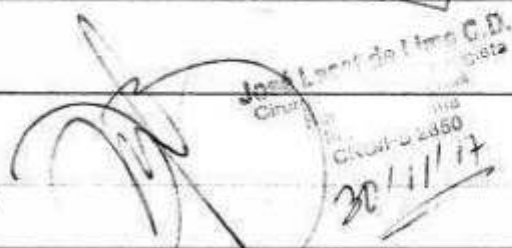
AFERIR PA E FC

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

**Conduta**

Em observação



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>			Prontuário	
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>10942/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 02:54:55</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

**anamnese**

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO-QUEDA. NEGA USO DE CAPACETE E REFERE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM FACE, COM CEFALIA ASSOCIADA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL E LIMITAÇÃO DE MEMBROS.

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100 ML SF)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

DIOGRAFIA DE TORAX (PA)

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

 Dr. Alisson Cordeiro Mc.  
 Médico  
 CRM-PB 10942

 ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
 (CRM: 10942/PB)  
 COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 02 MAIO 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 08:13:29</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

**ME** **anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 6H (QUEDA). QUEIXA-SE DE DOR EM FACE À D. APRESENTA EDEMA EM FACE + FERIMENTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR, SUTURADO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX. NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO E BMF.

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação + *biberado da cir. geral*

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

*Ana Virginia L. da Costa*  
**ANA VIRGINIA L. DA COSTA RIBEIRO**  
 CR 4417 (PB)





Buro  
P  
Interna

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>RUBINALDO DA SILVA BARBOSA</b>		BAE <b>1044444</b>	Data/Hora Entrada <b>27/11/2017 02:04:54</b>	
Data de nascimento <b>03/01/1992</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702009803402286</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993476888</b>
Mãe <b>ROSILDA DE LIMA DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>MATA VELHA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/11/2017 02:04:54</b>			Data/Hora Prescrição <b>27/11/2017 06:09:57</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

#### anamnese

ATIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 2:04 AM;

AO EXAME: GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO DE FACE COM LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA.

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SINAIS DE FRATURA COM DESLOCAMENTO DE MANDÍBULA DIREITA, FRATURA DE OSSOS NASAIS E MAXILAR

PACIENTE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL, DEAMBULANDO SEM DÉFICITS

VISUALIZADO ATÉ C4 NA TOMOGRAFIA DE FACE

CD: RETIRO COLAR CERVICAL; LIBERO PARA PROCEDIMENTO COM BUCOMAXILOFACIAL; SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF

#### CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

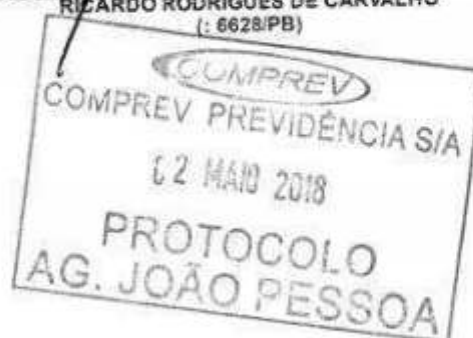
☒ dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

#### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

ex BMF 1.5/2.0 01 (neo ortho) Parapares 2.0. 7mm L; 5mm L;  
ex BMF 2.4 01 3mm L (6mm 1 perdido no  
Placa em L 4 paros 2.0 - 01 ato cirurgico.  
Placa em Z 4 paros 2.0 - 01 Parapares 2.4 8mm L 12mm L  
Placa xeta 6 paros 2.4 - 01 14mm L.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: ROGIMAR DA SILVA BARBOSA BE/Prontuário: 1044444  
 Idade: 25 Sexo: (☒) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 30/11/17  
 Clínica/Setor: BYF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: DR LACET  
 Cirurgião: RL DESIDRE 1º Assistente: Rd PESQUITA  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Daniel  
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FRATURA MULTIPLES DA FACE +	
FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
DRAGOS C. FIXACAO DE FRATURA MULTIPLE	
DE FACE + FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (☒) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (☒) Não

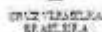
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 30/11/17



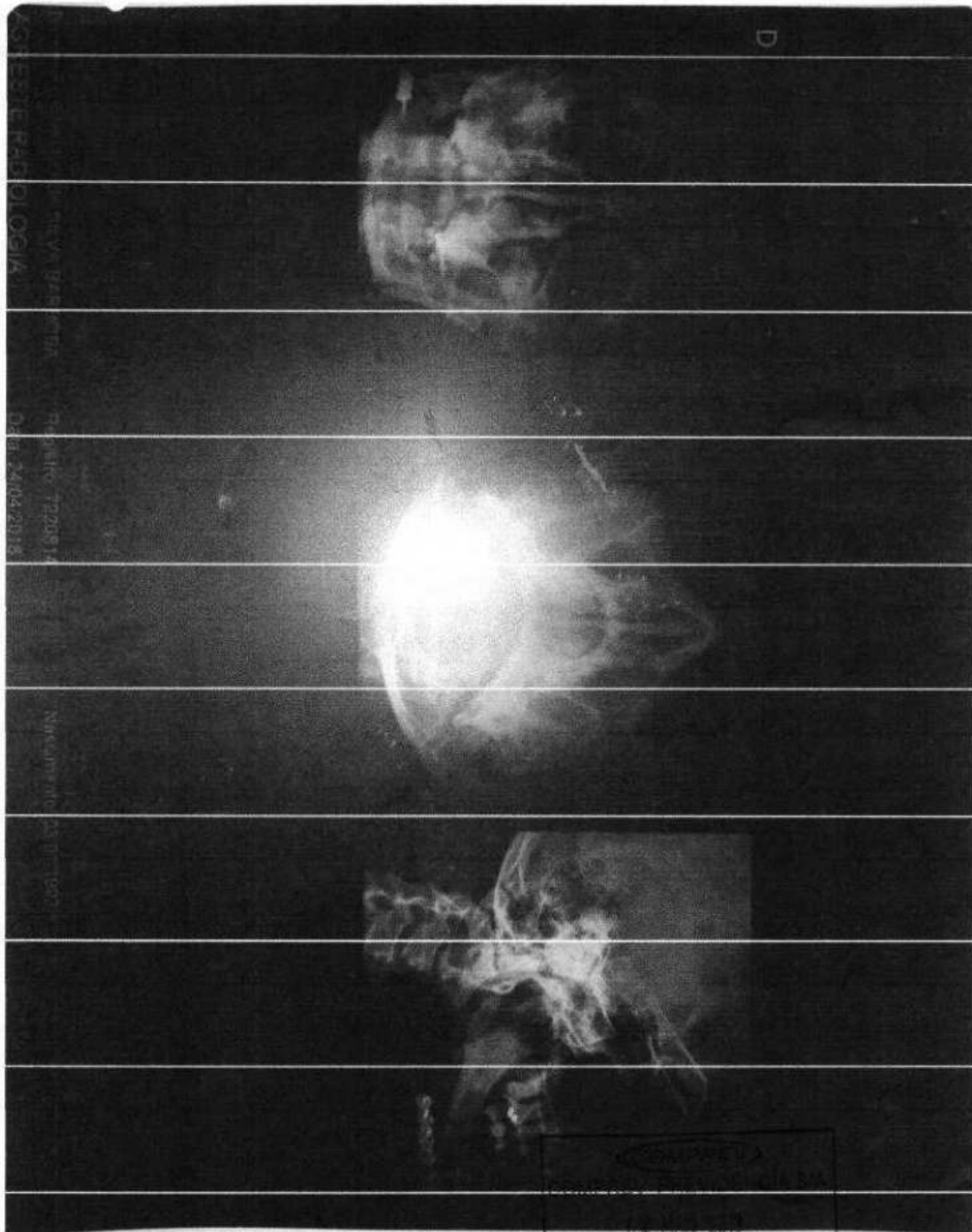


20

H104

FD-503 (Rev. 10-6-95)

$$(RM - RK + RD)$$



COMPANHIA  
DE RADIOLOGIA S/A  
02.11.2018  
**PROTOCOLO**  
**A.G. JOÃO PESSOA**





Rua da Central, 48 - Centro - Santo Antônio - RN

Tels.: (84) 3282-2521

Número de Controle:  
201804/2300

Código de autenticação:  
31uYyV1VSkauD87jQkFstg

**Laudos Radiográficos**

**Nome:** RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

**Data do exame:** 24/04/2018

**Empresa:** PARTICULAR

**Indicação:** AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

**Data de Nascimento:** 03/01/1992 (26 a. 3 m.)

**Sexo:** MASCULINO

**FACE - AP e Perfil**

**Conclusões:**

Controle de osteossíntese metálica de face e mandíbula.  
Nível hidroaéreo do seio maxilar direito.



Santo Antônio, 24 de abril de 2018.


Dr. Henrique Trigo Bianchessi  
CRM 20999 - Radiologista

[www.maislaudo.com.br](http://www.maislaudo.com.br)

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**JOSE ALVES PESSOA**



SOC. AMPLIADA - ORG. EMISSOR: 2511611 SSP PB


CW: 037.201.024-59 DATA NASCIMENTO: 08/12/1980

RAÇÃO: EPAMINONDAS ALVES PESSOA  
HELENA BRASILIANO

PROBACAO: ☒ NCC: ☒ CACNA: ☒

IF PROCTO: 03762841110 VIGOR: 07/10/2020 IF VALIDADE: 06/01/2006

OBSERVAÇÃO:  
EXERCE ATIV REMUNERADA:

  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 09/10/2015

10661071890  
PB031436390

OTRAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1169623539

PROBACAO JUSTIFICAR  
1169623539

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 MAIO 2013  
PROTOCOLO  
JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013176574249

DETRAN - PB

3112109114  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VEICULO	0112115630-1	00/00000000
ROSLIM DE LIMA DA SILVA		
STEFIO MARCELO VIEIRA DA SILVA		
20 RURAL		
58230000 ARARUNA - PB		

04265401406	04265401406
NOVO	NOVO
PB	PB
9C2JC4830HR411783	9C2JC4830HR411783

PAS/MOTONETA/NAO APLIC	ALCO/GASOL
HONDA/BIZ 125	2017 2017
2 P/124 /CI	VENDEDO

SEM RESERVA DE DOMINIO	11/07/2017
40568	40568

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013176574249

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0112115630-1	00/00000000	2017
--------------	-------------	------

ROSILDA DE LIMA DA SILVA

04265401406 04265401406

NOVO PB 9C2JC4830HR411783

PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 2017 2017

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000

SEGURO PAGO 21/06/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

ARARUNA - PB

11/07/2017

40568

PB Nº 013176574249

BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PREMIO 2017 DATA 11/07

04265401406	04265401406
01121156301	HONDA/BIZ 125
2017 9	9C2JC4830HR411783

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	00000000	CUSTO DO SEGURO	00000000
PREMIO (R\$)	00000000	PREMIO (R\$)	00000000
PREMIO (R\$)	00000000	PREMIO (R\$)	00000000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.940.808/0001-04

40568-1117405-20170711

*Proprietária do Veículo*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-010



*Rosilda de Lima da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.242.330 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 24/04/1996

NOME ROSILDA DE LIMA DA SILVA

ENDEREÇO ANTONIO GUILHERME DA SILVA  
LOURDES DE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE ARARUNA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/12/1975

COD. TNSC. N. 5927 FLS. 276 LIV. A-6

CARTÓRIO TACIMA-PB

CPF 042.654.014-06

ASSINATURA DO DIRETOR



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
02 MAIO 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180197556

**Cidade:** Araruna

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

**Data do acidente:** 26/11/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fraturas multiplas da face  
fratura complexa de mandíbula

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional residual craniofacial leve

**Resultados terapêuticos:** foi operado com osteossintese de face em novembro de 2017, atualmente não mais faz acompanhamento, deformidade de altura em dentes frontais, ausência do segundo dente superior da lateral esquerda, lábio superior com edema na face lateral direita, aumento de volume na face ( região mandíbula direita ), dificuldade de abertura da boca com bloqueio parcial. deformidades e perda de dentes superiores

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE

**CRM do médico:** 6492

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSAO: AGRICULTOR Nº DO RG: 7.220.814  
ORGÃO EMISSOR: SSP/SC DATA DE EMISSÃO: 26/02/2014  
Nº CPF: 095.899.764-09 ENDEREÇO: SÍTIO MATA VELHA,  
ZONA RURAL DE ARAUNA - PB. S/Nº

OUTORGADO: JOSÉ ALVES PESSOA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSÃO: AGRICULTOR Nº DO RG: 03762841110  
ORGÃO EMISSOR: DETRAN-PB DATA DE EMISSÃO: 09/10/2015  
Nº CPF: 037.201.024-59 ENDEREÇO: RUA: JOSÉ FELIPE  
NERV. Nº 50, CENTRO, ARARUNA-PB.

**PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

ARARUNA - PB 23 de ABRIL de 2018

x Ruchnald da Silva Borges  
Assinatura

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

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"

Praca Rio Branco, 36 - Fone: (83) 3373 1270

Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de

Ararung

Em 1987

da verdade

Consult a specialist for more information.

AG 46102 - WOODS

SELO DIGITAL

CARTÓRIO  
MARTINS  
DE  
SOUSA