

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-218




*Laurant Anderson S. de Vasconcelos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.688.351 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/2017

NOME LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

FILIAÇÃO ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS MARLI CARLOS DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/01/1999

DOC ORIGEM NASC.N. 60291 FLS.39 LIV.A54 CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPF 114.438.354

*Laurant Anderson S. de Vasconcelos*

MARCELO A. S. LIMA JR. Chefe do Núcleo de Identificação

B +

1441 004 4 0000 09/06/83

A d rogada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-063



Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.068.406 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 27/11/2017

NOME VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO

FILIAÇÃO MANOEL GOMES DE OLIVEIRA  
ANTONIA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE ITABAIANA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/10/1986

DOC ORIGEM CASAM N. 3536 FLS. 224 LIV. 07  
CARTÓRIO ITABAIANA-PB

CNPJ 064.776.614-03

Marina A. B. Lacerda  
Chefe do Núcleo de Identificação

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813907928

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 21/02/2018  
COD. RENAVAM 00982637063  
DATA 2018

ANDERSON DE V. DOS SANTOS

02683529414  
PLACA ANO/FAB 9C2MC35008R067639

NOVO PB 9C2MC35008R067639

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER ANO/FAB 2008 2008

2 P/249 /CI PARTIC CATEGORIA CINZA COR PREDOMINANTE

1 IEVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC. COTA UNICA

FAIXA IPV A PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 15/02/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

SAO JOSE DO BONFIM 21/02/2018

31623 31054

PB Nº 013813907928 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 1294

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/02/2018

1 02683529414 CPF (CNPJ) PLACA MOV9756/PB

00982637063 RENAVAM MARCA/MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER

2008 ANO FAB. 9 DAT. FAB. 9C2MC35008R067639 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) SEGURO P A G O

COTA UNICA PAGAMENTO 15/02/2018 DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-01

31054-0949106-20130221

02-2017

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

026.835.294-14

CASAM N. 436 FLS. 75 LIV. BB  
CAPTORIO RIO DE JANEIRO RJ

RIO DE JANEIRO-RJ

10/08/1978

DATA DE NASCIMENTO

MARIA APARECIDA DE VASCONCELOS DOS SANTOS

MARIO ARAUJO DOS SANTOS

ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS

2.288.446 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 11/09/2013

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

026.835.294-14

CASAM N. 436 FLS. 75 LIV. BB  
CAPTORIO RIO DE JANEIRO RJ

RIO DE JANEIRO-RJ

10/08/1978

DATA DE NASCIMENTO

MARIA APARECIDA DE VASCONCELOS DOS SANTOS

MARIO ARAUJO DOS SANTOS

ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS

2.288.446 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 11/09/2013

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARAIBA/ESTADO DA PARAIBA  
DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO  
MATRÍCULA  
68307454  
REFERÊNCIA  
AGO/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SA  
AV PIO GONCALVES CHAVES, 135 - CENTRO SAO JOSE DOS RAMOS PB 58339- 000

| Inscrição            | SMI  | Quantidade de Economias |           |            |         | Responsável |
|----------------------|------|-------------------------|-----------|------------|---------|-------------|
|                      |      | Residencial             | Comercial | Industrial | Pública |             |
| 209.001.360.0532.000 | 0000 | 1                       | 0         | 0          | 0       |             |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| Y15N462108 | 25/02/2016         | EXT LACH    | LIGADO        | POTENCIAL       |

| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA |
|----------|-------|--------------|-------------|-----------------|
| 111      | 116   | 5            | 33          | 27/09/2019      |

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

|          | PARAMETROS | EXIG. | ANALIS. | CONFORMES |
|----------|------------|-------|---------|-----------|
| JUL/2019 | TURBIDEZ   | 0     | 0       | 0         |
| JUN/2019 | CLORO      | 0     | 0       | 0         |
| MAR/2019 | COL.TERMOT | 0     | 0       | 0         |
| ABR/2019 | COR        | 0     | 0       | 0         |
| MAR/2019 | COL.TOTAIS | 0     | 0       | 0         |
| FEV/2019 |            |       |         |           |
| MEDIA(M) |            |       |         |           |

DADOS REFERENTES A: JUL/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 28/08/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:30:23

| DESCRICAO                | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| ÁGUA                     |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) |         |            |
| CONSUMO DE ÁGUA          | 5 M3    | 37,91      |
| ESGOTO                   |         |            |
| FATURAS EM ATRASO        |         |            |
| REF 201906               | 39,05   |            |
| REF 201907               | 38,89   |            |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/09/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

Dados mentos  
Pessoas do  
Proprietário

**MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS**  
ST PUERA CERCADA, S/N - AREA RURAL  
SAO JOSE DOS RAMOS / PB CEP: 56339000 (A/C: 113)

Ligação: MONOFÁSICA  
Cia/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotômetro: 14 - 257 - 821 - 580 Referência: Set / 2019  
Medidor: 00008611129 Emissão: 23/09/2019

ENERGISA  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-200, Km 25 - Distrito Industrial - João Pessoa - PB - CEP 55071-890  
CNPJ: 09.095.189/0001-40 Insc. Est: 15.015.925-0

Nota Fiscal / Conta de Energia: E-10001-500-251  
Cód. para Deb. Automático: 00011793473

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI              |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| Set / 2019        | 23/09/2019   | 23/10/2019                       | 011.928.704-84<br>Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/1679347-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Baixe mais em: [saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 23/09/19 | 2457    | 23/09/19 | 2454    |           | 37      | 02   |

| Demonstrativo          |                       |                       |            |            |                  |                  |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|------------|------------------|------------------|
| CC                     | Descrição             | Quantidade            | Tarifa     | Valor Base | Cob. Adic. (R\$) | Cob. Adic. (R\$) |
|                        |                       | Tributos Totais (R\$) | ICMS (R\$) | ICMS       | Potência (R\$)   | Consumo (R\$)    |
| 0001                   | Consumo em kWh        | 37,000                | 0,79       | 29,27      | 29,27            | 0,29             |
| 0001                   | Adic. B. Vermelha     | 2,13                  | 2,13       | 29,27      | 2,13             | 0,00             |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                       |                       |            |            |                  |                  |
| 0004                   | JUROS DE MORA 09/2019 | 0,18                  | 0,00       | 0,00       | 0,00             | 0,00             |
| 0005                   | MULTA 09/2019         | 0,81                  | 0,00       | 0,00       | 0,00             | 0,00             |

CC: Código de Classificação do item: TOTAL: 32,37 21,40 7,98 21,40 2,91 1,43  
Tarifa de Tributos: 0,54510

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 74                        | 30/09/2019 | R\$ 32,37     |

Histórico de Consumo (kWh)

| 30 | 60 | 90 | 120 | 150 | 180 | 210 | 240 | 270 | 300 | 330 | 360 | 390 | 420 | 450 | 480 | 510 | 540 | 570 | 600 | 630 | 660 | 690 | 720 | 750 | 780 | 810 | 840 | 870 | 900 | 930 | 960 | 990 | 1020 | 1050 | 1080 | 1110 | 1140 | 1170 | 1200 | 1230 | 1260 | 1290 | 1320 | 1350 | 1380 | 1410 | 1440 | 1470 | 1500 | 1530 | 1560 | 1590 | 1620 | 1650 | 1680 | 1710 | 1740 | 1770 | 1800 | 1830 | 1860 | 1890 | 1920 | 1950 | 1980 | 2010 | 2040 | 2070 | 2100 | 2130 | 2160 | 2190 | 2220 | 2250 | 2280 | 2310 | 2340 | 2370 | 2400 | 2430 | 2460 | 2490 | 2520 | 2550 | 2580 | 2610 | 2640 | 2670 | 2700 | 2730 | 2760 | 2790 | 2820 | 2850 | 2880 | 2910 | 2940 | 2970 | 3000 | 3030 | 3060 | 3090 | 3120 | 3150 | 3180 | 3210 | 3240 | 3270 | 3300 | 3330 | 3360 | 3390 | 3420 | 3450 | 3480 | 3510 | 3540 | 3570 | 3600 | 3630 | 3660 | 3690 | 3720 | 3750 | 3780 | 3810 | 3840 | 3870 | 3900 | 3930 | 3960 | 3990 | 4020 | 4050 | 4080 | 4110 | 4140 | 4170 | 4200 | 4230 | 4260 | 4290 | 4320 | 4350 | 4380 | 4410 | 4440 | 4470 | 4500 | 4530 | 4560 | 4590 | 4620 | 4650 | 4680 | 4710 | 4740 | 4770 | 4800 | 4830 | 4860 | 4890 | 4920 | 4950 | 4980 | 5010 | 5040 | 5070 | 5100 | 5130 | 5160 | 5190 | 5220 | 5250 | 5280 | 5310 | 5340 | 5370 | 5400 | 5430 | 5460 | 5490 | 5520 | 5550 | 5580 | 5610 | 5640 | 5670 | 5700 | 5730 | 5760 | 5790 | 5820 | 5850 | 5880 | 5910 | 5940 | 5970 | 6000 | 6030 | 6060 | 6090 | 6120 | 6150 | 6180 | 6210 | 6240 | 6270 | 6300 | 6330 | 6360 | 6390 | 6420 | 6450 | 6480 | 6510 | 6540 | 6570 | 6600 | 6630 | 6660 | 6690 | 6720 | 6750 | 6780 | 6810 | 6840 | 6870 | 6900 | 6930 | 6960 | 6990 | 7020 | 7050 | 7080 | 7110 | 7140 | 7170 | 7200 | 7230 | 7260 | 7290 | 7320 | 7350 | 7380 | 7410 | 7440 | 7470 | 7500 | 7530 | 7560 | 7590 | 7620 | 7650 | 7680 | 7710 | 7740 | 7770 | 7800 | 7830 | 7860 | 7890 | 7920 | 7950 | 7980 | 8010 | 8040 | 8070 | 8100 | 8130 | 8160 | 8190 | 8220 | 8250 | 8280 | 8310 | 8340 | 8370 | 8400 | 8430 | 8460 | 8490 | 8520 | 8550 | 8580 | 8610 | 8640 | 8670 | 8700 | 8730 | 8760 | 8790 | 8820 | 8850 | 8880 | 8910 | 8940 | 8970 | 9000 | 9030 | 9060 | 9090 | 9120 | 9150 | 9180 | 9210 | 9240 | 9270 | 9300 | 9330 | 9360 | 9390 | 9420 | 9450 | 9480 | 9510 | 9540 | 9570 | 9600 | 9630 | 9660 | 9690 | 9720 | 9750 | 9780 | 9810 | 9840 | 9870 | 9900 | 9930 | 9960 | 9990 | 10020 | 10050 | 10080 | 10110 | 10140 | 10170 | 10200 | 10230 | 10260 | 10290 | 10320 | 10350 | 10380 | 10410 | 10440 | 10470 | 10500 | 10530 | 10560 | 10590 | 10620 | 10650 | 10680 | 10710 | 10740 | 10770 | 10800 | 10830 | 10860 | 10890 | 10920 | 10950 | 10980 | 11010 | 11040 | 11070 | 11100 | 11130 | 11160 | 11190 | 11220 | 11250 | 11280 | 11310 | 11340 | 11370 | 11400 | 11430 | 11460 | 11490 | 11520 | 11550 | 11580 | 11610 | 11640 | 11670 | 11700 | 11730 | 11760 | 11790 | 11820 | 11850 | 11880 | 11910 | 11940 | 11970 | 12000 | 12030 | 12060 | 12090 | 12120 | 12150 | 12180 | 12210 | 12240 | 12270 | 12300 | 12330 | 12360 | 12390 | 12420 | 12450 | 12480 | 12510 | 12540 | 12570 | 12600 | 12630 | 12660 | 12690 | 12720 | 12750 | 12780 | 12810 | 12840 | 12870 | 12900 | 12930 | 12960 | 12990 | 13020 | 13050 | 13080 | 13110 | 13140 | 13170 | 13200 | 13230 | 13260 | 13290 | 13320 | 13350 | 13380 | 13410 | 13440 | 13470 | 13500 | 13530 | 13560 | 13590 | 13620 | 13650 | 13680 | 13710 | 13740 | 13770 | 13800 | 13830 | 13860 | 13890 | 13920 | 13950 | 13980 | 14010 | 14040 | 14070 | 14100 | 14130 | 14160 | 14190 | 14220 | 14250 | 14280 | 14310 | 14340 | 14370 | 14400 | 14430 | 14460 | 14490 | 14520 | 14550 | 14580 | 14610 | 14640 | 14670 | 14700 | 14730 | 14760 | 14790 | 14820 | 14850 | 14880 | 14910 | 14940 | 14970 | 15000 | 15030 | 15060 | 15090 | 15120 | 15150 | 15180 | 15210 | 15240 | 15270 | 15300 | 15330 | 15360 | 15390 | 15420 | 15450 | 15480 | 15510 | 15540 | 15570 | 15600 | 15630 | 15660 | 15690 | 15720 | 15750 | 15780 | 15810 | 15840 | 15870 | 15900 | 15930 | 15960 | 15990 | 16020 | 16050 | 16080 | 16110 | 16140 | 16170 | 16200 | 16230 | 16260 | 16290 | 16320 | 16350 | 16380 | 16410 | 16440 | 16470 | 16500 | 16530 | 16560 | 16590 | 16620 | 16650 | 16680 | 16710 | 16740 | 16770 | 16800 | 16830 | 16860 | 16890 | 16920 | 16950 | 16980 | 17010 | 17040 | 17070 | 17100 | 17130 | 17160 | 17190 | 17220 | 17250 | 17280 | 17310 | 17340 | 17370 | 17400 | 17430 | 17460 | 17490 | 17520 | 17550 | 17580 | 17610 | 17640 | 17670 | 17700 | 17730 | 17760 | 17790 | 17820 | 17850 | 17880 | 17910 | 17940 | 17970 | 18000 | 18030 | 18060 | 18090 | 18120 | 18150 | 18180 | 18210 | 18240 | 18270 | 18300 | 18330 | 18360 | 18390 | 18420 | 18450 | 18480 | 18510 | 18540 | 18570 | 18600 | 18630 | 18660 | 18690 | 18720 | 18750 | 18780 | 18810 | 18840 | 18870 | 18900 | 18930 | 18960 | 18990 | 19020 | 19050 | 19080 | 19110 | 19140 | 19170 | 19200 | 19230 | 19260 | 19290 | 19320 | 19350 | 19380 | 19410 | 19440 | 19470 | 19500 | 19530 | 19560 | 19590 | 19620 | 19650 | 19680 | 19710 | 19740 | 19770 | 19800 | 19830 | 19860 | 19890 | 19920 | 19950 | 19980 | 20010 | 20040 | 20070 | 20100 | 20130 | 20160 | 20190 | 20220 | 20250 | 20280 | 20310 | 20340 | 20370 | 20400 | 20430 | 20460 | 20490 | 20520 | 20550 | 20580 | 20610 | 20640 | 20670 | 20700 | 20730 | 20760 | 20790 | 20820 | 20850 | 20880 | 20910 | 20940 | 20970 | 21000 | 21030 | 21060 | 21090 | 21120 | 21150 | 21180 | 21210 | 21240 | 21270 | 21300 | 21330 | 21360 | 21390 | 21420 | 21450 | 21480 | 21510 | 21540 | 21570 | 21600 | 21630 | 21660 | 21690 | 21720 | 21750 | 21780 | 21810 | 21840 | 21870 | 21900 | 21930 | 21960 | 21990 | 22020 | 22050 | 22080 | 22110 | 22140 | 22170 | 22200 | 22230 | 22260 | 22290 | 22320 | 22350 | 22380 | 22410 | 22440 | 22470 | 22500 | 22530 | 22560 | 22590 | 22620 | 22650 | 22680 | 22710 | 22740 | 22770 | 22800 | 22830 | 22860 | 22890 | 22920 | 22950 | 22980 | 23010 | 23040 | 23070 | 23100 | 23130 | 23160 | 23190 | 23220 | 23250 | 23280 | 23310 | 23340 | 23370 | 23400 | 23430 | 23460 | 23490 | 23520 | 23550 | 23580 | 23610 | 23640 | 23670 | 23700 | 23730 | 23760 | 23790 | 23820 | 23850 | 23880 | 23910 | 23940 | 23970 | 24000 | 24030 | 24060 | 24090 | 24120 | 24150 | 24180 | 24210 | 24240 | 24270 | 24300 | 24330 | 24360 | 24390 | 24420 | 24450 | 24480 | 24510 | 24540 | 24570 | 24600 | 24630 | 24660 | 24690 | 24720 | 24750 | 24780 | 24810 | 24840 | 24870 | 24900 | 24930 | 24960 | 24990 | 25020 | 25050 | 25080 | 25110 | 25140 | 25170 | 25200 | 25230 | 25260 | 25290 | 25320 | 25350 | 25380 | 25410 | 25440 | 25470 | 25500 | 25530 | 25560 | 25590 | 25620 | 25650 | 25680 | 25710 | 25740 | 25770 | 25800 | 25830 | 25860 | 25890 | 25920 | 25950 | 25980 | 26010 | 26040 | 26070 | 26100 | 26130 | 26160 | 26190 | 26220 | 26250 | 26280 | 26310 | 26340 | 26370 | 26400 | 26430 | 26460 | 26490 | 26520 | 26550 | 26580 | 26610 | 26640 | 26670 | 26700 | 26730 | 26760 | 26790 | 26820 | 26850 | 26880 | 26910 | 26940 | 26970 | 27000 | 27030 | 27060 | 27090 | 27120 | 27150 | 27180 | 27210 | 27240 | 27270 | 27300 | 27330 | 27360 | 27390 | 27420 | 27450 | 27480 | 27510 | 27540 | 27570 | 27600 | 27630 | 27660 | 27690 | 27720 | 27750 | 27780 | 27810 | 27840 | 27870 | 27900 | 27930 | 27960 | 27990 | 28020 | 28050 | 28080 | 28110 | 28140 | 28170 | 28200 | 28230 | 28260 | 28290 | 28320 | 28350 | 28380 | 28410 | 28440 | 28470 | 28500 | 28530 | 28560 | 28590 | 28620 | 28650 | 28680 | 28710 | 28740 | 28770 | 28800 | 28830 | 28860 | 28890 | 28920 | 28950 | 28980 | 29010 | 29040 | 29070 | 29100 | 29130 | 29160 | 29190 | 29220 | 29250 | 29280 | 29310 | 29340 | 29370 | 29400 | 29430 | 29460 | 29490 | 29520 | 29550 | 29580 | 29610 | 29640 | 29670 | 29700 | 29730 | 29760 | 29790 | 29820 | 29850 | 29880 | 29910 | 29940 | 29970 | 30000 |
|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

RESERVADO AO FISCAL  
1fd3.5191.4b02.d4c2.503b.56c5.61d0.545b.

| Indicadores de Qualidade 7/2019 - Paraíba |                  |         |                                | Composição do Consumo            |             |
|-------------------------------------------|------------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
|                                           | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)           | Discriminação                    | Valor (R\$) |
| DIC MENSAL                                | 8,27             | 0,00    | NOMINAL 220                    | Serviços de Dist. da Energisa/PB | 7,98        |
| DC TRIMESTRAL                             | 12,54            |         |                                | Serviços de Energia              | 11,44       |
| DC ANUAL                                  | 25,08            |         |                                | Serviço de Transmissão           | 1,18        |
| PC MENSAL                                 | 8,86             | 0,00    |                                | Encargos Setoriais               | 1,20        |
| PC TRIMESTRAL                             | 13,29            |         | CONTRATADO LIMITE SUPERIOR 220 | Impostos Diretos e Encargos      | 10,56       |
| PC ANUAL                                  | 25,71            |         |                                | Custos Serviços                  | 0,00        |
| DMC                                       | 3,71             | 0,00    | LIMITE SUPERIOR 220            | Total                            | 32,37       |
| DICR                                      | 12,22            |         |                                |                                  | 100,00</    |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190558052 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190558052 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA"**

**OUTORGANTE:** LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG nº 4.688.351 CPF nº 114.438.354-47, residente e domiciliado na Praça Epitácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000

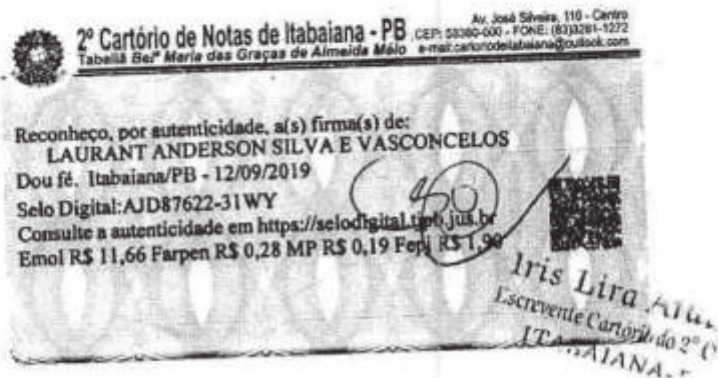
**OUTORGADOS:** VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0\*\*83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

**PODERES:** Para o fim de requerer administrativamente o pagamento de seguro DPVAT por invalidez permanente de LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG nº 4.688.351 CPF nº 114.438.354-47, residente e domiciliado na Praça Epitácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000 vítima de acidente ocorrido no dia 24 de junho de 2018 às 17h30 na rodovia PB 054 nas mediações entre as cidades de São José dos Ramos-PB e o Distrito de Boqueirão Gurinhém-PB

**MOTOCICLETA:** HONDA/CBX 250 TWISTER, placa MOV 9756/PB, cor CINZA, ano 2008/2008, CHASSI 9C2MC35008R067639, LICENCIADO no nome do ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS, RENAVAM 0098263706-3.

Itabaiana- PB, 12 de setembro de 2019.

**Outorgante:** Laurant Anderson S. de Vasconcelos



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337436/19

**Vítima:** LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCON

**CPF:** 114.438.354-47

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** LAURANT ANDERSON  
SILVA DE VASCONCELOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 064.776.614-03

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

### LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS : 114.438.354-47

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
CPF: 064.776.614-03

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190558052**

**Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**

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, 07 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190558052**

**Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/06/2018, emitido pelo Dr. EUGENIO PATRICIO DE OLIVEIRA CRM nº 11403 - PB, da Instituição HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 114.438.354-47 4 - Nome completo da vítima: LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS

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

5 - Nome completo: LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS 6 - CPF: 114.438.354-47  
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR 8 - Endereço: PRAÇA EPITÁCIO PESSOA 9 - Número: 140 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.360-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 99904-9000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00050047 7 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITABAIANA, 12 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 715/2019**

**Natureza da Ocorrência: DPVAT**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, o **Livro de Registro de Ocorrências Nº 04/2019**, às fls. **encontro a ocorrência nº 715/2019**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos **12 (DOZE)** dias do mês **09 (SETEMBRO)** do ano de **2019 (Dois Mil e Dezenove)**, nesta cidade de Itabaiana, Estado da Paraíba, sob o conhecimento da autoridade Policial, Dr. RENATA MARIA COSTA PATU, Delegado de Polícia Civil, comigo policial civil do seu cargo e no final assinado, aí pelas **16h00min**, compareceu: **LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**, Brasileiro, Alfabetizado, Solteiro, Reserva do Exército, com 20 anos; nascido aos 09/01/1999 na cidade de João Pessoa - PB, filho de Anderson de Vasconcelos dos Santos e de Marli Carlos da Silva, residente na Praça Epitácio Pessoa, 140, Centro - Itabaiana- PB, com RG: 4.688.351 - SSDS/PB e CPF: 114.438.354-47, telefone: (83) 9 88882254/ 99988-1393, o qual noticiou o seguinte:

**QUE no dia 24/06/2018, por volta das 17h:30min o noticiante estava na garupa de uma motocicleta, juntamente com seu tio que pilotava o veículo a pessoa de MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS, na Rodovia PB 054, nas mediações entre as cidades de São José dos Ramos/PB e o Distrito de Boqueirão de Gurinhém/PB, quando seu tio se deparou com um buraco na rodovia, vindo ambos a cair da motocicleta; que em ato contínuo apareceu um terceiro que conhecia o pai no noticiante e o avisou do acidente do noticiante; que de imediato seu genitor a pessoa de ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS se dirigiu para o local, levando o noticiante, juntamente com seu tio para o Hospital Regional de Itabaiana/PB e de lá transferido para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB; que apresentou o Laudo Médico do Hospital de Trauma que contém os seguintes dados: NOME DO PACIENTE: LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS, BOLETIM DE ENTRADA Nº 1.090.282, MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA; DIAGNÓSTICO: FERIMENTO NA CABEÇA + TRAUMATISMO INTRACRANIANO NÃO ESPECIFICADO, CID 10 S01.8 + S06.9; que no momento do fato o noticiante estava na garupa da seguinte motocicleta: HONDA/CBX 250 TWISTER, ANO 2008/2008, PLACA MOV 9756/PB, CHASSI Nº 9C2MC35008R067639, COR CINZA, LICENCIADA EM NOME DE: ANDERSON DE V. DOS SANTOS; que deseja com esta certidão solicitar o SEGURO DPVAT. Nada mais disse.**

Era o que continha dita ocorrência. O referido é verdade, dou fé. Ciente o (a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro\*, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. Dado e passado nesta cidade de Itabaiana/PB.

Noticiante: Laurant Anderson Silva de Vasconcelos  
**LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS**

Escrivão: APC PAULA DA COSTA PINTO  
**APC**

Matrícula: 182.031-1

**\*Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 114.438.354-47 4 - Nome completo da vítima: LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS

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

5 - Nome completo: LAURANT ANDERSON SILVA VASCONCELOS 6 - CPF: 114.438.354-47  
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR 8 - Endereço: PRAÇA EPITÁCIO PESSOA 9 - Número: 140 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.360-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 99904-9000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00050047 7 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

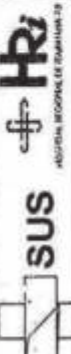
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITABAIANA, 12 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

|                                                                                                                         |                                                                                            |                      |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
|                                       | <b>ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE</b><br><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b> |                      |                  |
| CÓDIGO DA UNIDADE:                                                                                                      | CGC/CPF:                                                                                   |                      |                  |
| NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITAIBAIANA                                                                                   |                                                                                            |                      |                  |
| END.: AVENIDA DEPUTADO ARAÚJO PEREIRA DE LIMA, 01                                                                       |                                                                                            |                      |                  |
| MUNICÍPIO: ITAIBAIANA                                                                                                   | ESTADO: PARAÍBA                                                                            | UF:                  | 25               |
| Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA                                                                            |                                                                                            |                      |                  |
| <b>Nome: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b>                                                                      |                                                                                            |                      |                  |
| Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO                                                                                                |                                                                                            |                      |                  |
| Dt. Nasc: 09/01/1999                                                                                                    | Idade: 19 ano(s)                                                                           | mês(es) de idade     | dia(as) de idade |
| Sexo: M                                                                                                                 |                                                                                            |                      |                  |
| Mãe: MARLI CARDOSO DA SILVA                                                                                             |                                                                                            |                      |                  |
| Profissão: ESTUDANTE                                                                                                    |                                                                                            |                      |                  |
| Documento: rg 4688351 ssp pb                                                                                            |                                                                                            |                      |                  |
| Endereço: AV. PIO GONCALVES CHAVES                                                                                      |                                                                                            |                      |                  |
| Bairro: CENTRO                                                                                                          |                                                                                            |                      |                  |
| Município-UF - CEP - IBGE: SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445                                                  |                                                                                            |                      |                  |
| Telefone para contato (83) 0000-0000                                                                                    | CNS: 703406218499915                                                                       | CADASTRO: 2097347467 |                  |
| Data e Hora: 24/06/2018 17:25:29                                                                                        | SSVV                                                                                       |                      |                  |
| PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____                                                                                      |                                                                                            |                      |                  |
| ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)                                                                                         |                                                                                            |                      |                  |
| Paciente vítima de queda de moto na t 30km/h.<br>Apresentando fratura com lesão torácica.<br>Sangramento no abdômen AS. |                                                                                            |                      |                  |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)                                                                                   |                                                                                            |                      |                  |
| RESULTADOS                                                                                                              |                                                                                            |                      |                  |

|                                                                             |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS                                           |                                     |                                |                          |
| 1. Soro 200ml - 01                                                          |                                     |                                |                          |
| 2. Drogas 1 kg + 40 - 01                                                    |                                     |                                |                          |
| 3. SVD                                                                      |                                     |                                |                          |
| 4. Curativo 1kg + 40 - 01                                                   |                                     |                                |                          |
| 01 - ELETIVO                                                                | CARÁTER DO ATENDIMENTO              |                                |                          |
| 02 - URGÊNCIA                                                               |                                     |                                |                          |
| 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA                  |                                     |                                |                          |
| 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO                                    |                                     |                                |                          |
| 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS |                                     |                                |                          |
| PROCEDIMENTO - descrição:                                                   |                                     |                                |                          |
|                                                                             |                                     |                                |                          |
| DIAGNÓSTICO:                                                                |                                     |                                |                          |
|                                                                             |                                     |                                |                          |
| ENCAMINHAMENTO:                                                             |                                     |                                |                          |
| MEDICAÇÃO:                                                                  | OBSERVAÇÃO                          | RESIDÊNCIA                     | INTERNAÇÃO               |
| 1. PRESCRITA                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 2. APLICADA                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTRO HOSPITAL                 | OUTROS                   |
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:                                 |                                     |                                |                          |
| 1- 10131011061010916                                                        |                                     |                                |                          |
| 2-                                                                          |                                     |                                |                          |
| 3-                                                                          |                                     |                                |                          |
| ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)                       |                                     |                                |                          |
| MÉDICO / CNS / CRM                                                          |                                     | CBO                            |                          |
| ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL                                |                                     | OU POLEGAR DIREITO             |                          |
| Carimbo do paciente/acompanhante ou responsável                             |                                     | Carimbo do polegar direito     |                          |
| Ass. do Revisor Técnico                                                     |                                     | Ass. do Revisor Administrativo |                          |

comprovante de  
Residência

Levantant



01930796 14-27,11#43000

Carfax: COMMERCIAL

Routledge 100 Brook Hill Drive, West Nyack, NY 10994-2133, USA  
Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN, UK

Manuscript Number: 21485

Referencia: Jan/2016

Enviado: 10/08/2017

ENERGIA PARA A TESTEMUNHA DE ENERGIA SUA

ENERGIA PARANÁ - INSTITUTO OMNI DE ENERGÍA S.A.  
R. 230 - Dto. 35 - Ciudad Salta - Jefe Prensa: JPB - COT 33671-500

ECLTRASATA000068-10001-40 Reg. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal/ Carta de Energia Elétrica Nº028.029.180

Call your Data Automatrix: 800.103.4613

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 | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Jun / 2019        | 19/08/2019   | 22/07/2019                       | 023.134.384-14  |

UC (Unidade Consumidora): 5/1034013-1

### Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
 saúde.gov.br/vacinabrazil

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 01/05/19 | 32064   | 10/05/19 | 32143   | 1         | 168     | 28   |

### Demonstrativo

[illegible]

|                                      |          |        |        |       |        |      |      |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|-------|--------|------|------|
| CC - Código de Classificação do Item | TOTAL    | 179,13 | 157,12 | 29,25 | 157,12 | 1,70 | 7,94 |
| Taxas e Tributos                     | 0,571770 |        |        |       |        |      |      |

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| <b>VENCIMENTO</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b> |
| 28/06/2019        | R\$ 179.13           |

## Historico de Consumo (kWh)

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 200   | 181   | 0     | 0     | 0     | 35    | 66    | 35    | 28    | 23    | 235   | 307   |
| Jun18 | Jul18 | Aug18 | Sep18 | Oct18 | Nov18 | Dec18 | Jan19 | Feb19 | Mar19 | Apr19 | May19 |

## RESERVADO AO FISCO

f244.f90a.b9c2.705a.4869.53b8.4d78.91ad

## Indicadores de Qualidade 4 (2011) 81-90

|                             | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |  | Discriminações                | Valor (R\$)   | %             |
|-----------------------------|------------------|---------|----------------------|--|-------------------------------|---------------|---------------|
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            | 0,00    |                      |  | Serviço de Fio de Transmissão | 35,41         | 24,45         |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | Domínio de Energia            | 54,93         | 39,80         |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | Serviço de Transmissão        | 5,98          | 2,34          |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | Equipos Betão                 | 9,28          | 6,67          |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | Outros Serviços e Energia     | 70,84         | 50,84         |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | Outros Serviços               | 0,00          | 0,00          |
| CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA | 15,77            |         |                      |  | <b>Total</b>                  | <b>179,19</b> | <b>100,00</b> |

#### Composição do Corante

| Discriminações                     | Valor (R\$)   | %             |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| Relação de Dist. de Energia para a | 36,41         | 21,45         |
| Compra de Energia                  | 54,52         | 30,80         |
| Serviço de Transmissão             | 5,05          | 3,34          |
| Energias Setoriais                 | 0,58          | 0,37          |
| Impostos Diários e Encargos        | 72,83         | 38,54         |
| Outros Serviços                    | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                       | <b>179,39</b> | <b>100,00</b> |

Value of EUSD (Ref. 4 (2012)) 8870.44

## ATENÇÃO

\* Future conference

### Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 02995 280175 5 79340000017913

PASADOR MAY CHATEAUBRAND ZEVEDÓ - CRI/CHP. 022 154 304-14  
RUA CASSIUS R. SIN. CENTRO - ITABAIANA / PB CEP 68350000

| Número            | Nº Documento    | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| 26342125302985280 | 001034013301906 | 28/06/2019         | R\$ 179,13         |            |

SEBASTIÃO DE ENGENHARIA S/A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.983.183/0001-40  
R. 101, Jd. 75, Costa e Silva, Alf. Passos, PB, CEP 58771-280

Agencia / Código de referência: 3084-3/2447-3

1994年10月1日，中国开始实施《中华人民共和国公司法》，这是中国第一部关于公司组织与行为的法律。该法的实施，标志着中国公司制度的正式确立，也为中国企业的现代化经营提供了法律依据。随着市场经济的发展，公司法在调整公司关系、保护投资者权益、规范公司行为等方面发挥了重要作用。同时，随着经济全球化和市场竞争的加剧，公司法也在不断修订和完善，以适应新形势下的发展需要。

Componente  
de Residência  
Advogada

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Riviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.776.614 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leaurant Anderson Silva Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.438.354 / 47

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz permanente da Vítima Leaurant Anderson S. Vasconcelos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.438.354 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

|                                              |                          |                                   |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Av. José Silveira</u>           | Número: <u>SIN</u>       | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>Centro</u>                        | Cidade: <u>Itabaiana</u> | Estado: <u>PB</u>                 |
| E-mail: <u>rvianasilveira.pb@hotmail.com</u> | CEP: <u>58.360-000</u>   | Tel.(DDD): <u>(33) 99904-9000</u> |

Local e Data: Itabaiana - PB, 30 de Setembro de 2019.

Riviane Maria Silva de Oliveira Nascimento  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidador: 0800 021 91 35

Eu, ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS

RG nº 2.288.446, data de expedição 11 / 09 / 2013

Órgão SSDS, portador do CPF nº 026.835.294-14

com domicílio na cidade de SÃO JOSÉ DOS RAMOS, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. PIO GONÇALVES CHAVES, nº 135

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

LAURANT ANDERSON S. DE VASCONCELOS cujo o condutor era

MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CBX 250 Twister Ano: 2008/2008

Placa: MOV 9756/PB Chassi: 9C2MC35008R067639

Data do Acidente: 24/06/2018

Local e Data: São José dos Ramos - PB, 25 de setembro de 2019

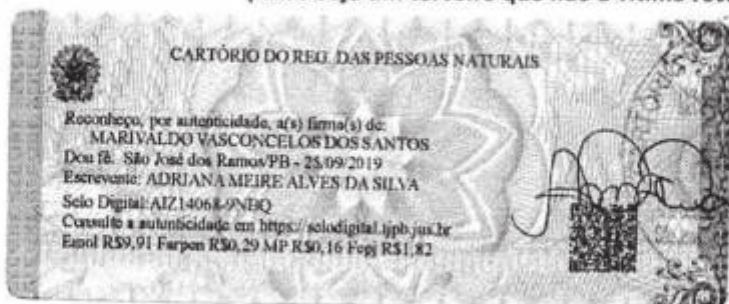
Anderson de Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Declarante

Marivaldo Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Condutor

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





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7<sup>º</sup> RM  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LAUDO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ - CLÍNICA: \_\_\_\_\_

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO            | Nome: Laurent Silva de Vasconcelos                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
|                          | Posto ou Graduação: SD EV                                                                                                                                                                                                                                                                              | Identidade/Org Exp:          |
|                          | Filiação:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |
|                          | Naturalidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data de Nascimento: 09/01/99 |
|                          | Unidade Militar: 16 RCMU                                                                                                                                                                                                                                                                               | Situação Militar: Aluno      |
|                          | Endereço Residencial:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |
|                          | Solicitado pela Seção de Perícias Médicas/HGuJP                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
| QUEIXA PRINCIPAL         | Pct vítima de acidente automobilístico.                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |
| HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL | Pct relata que estava no como passageiro do moto quando a 120km/h caiu em buraco e foi arremessado da moto. Nega ferimento. Estava consciente. Foi removido para o trauma. Após estabilizar e exames complementares. Foi alta e após deu entrada no PA. Internado. Avaliado pela ortopedia (CAP Ortop) |                              |
| ANTECEDENTES P. SOARES   | que mantém conduta conservadora e retorno ambulatorial. segue as curas da cirurgia deplu. Nega comorbidade.                                                                                                                                                                                            |                              |
| ANTECEDENTES FAMILIARES  | mãe: HAS                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |

|                          |                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXAME FÍSICO             | Exame físico: jo, MMS, mms.<br>Fratura clavicula (E) em terzo prox.<br>AU: BNF, reg. 12T 11/10/10<br>AR: MU+ em 12T 11/10<br>AD: plano, flexivo |
| EXAMES COMPLEMENTARES    | Fratura clavicula (E) 1/3 prox.<br>AU: BNF, reg. 2T                                                                                             |
| DIAGNÓSTICOS             | Fratura clavicula (E) 1/3 prox.                                                                                                                 |
| PROGNÓSTICO              | Seguimento ambulatorial na ortopedia<br>e compressão de pele.                                                                                   |
| PARECER                  |                                                                                                                                                 |
| JUSTIFICATIVA DO PARECER |                                                                                                                                                 |
| LOCAL E DATA             | JOÃO PESSOA - PB, 28/06/18                                                                                                                      |
|                          | Assinatura do Profissional<br>EUGENIO PATRÍCIO<br>1st 07/06/2018 11:03                                                                          |

## TERMO DE RECONHECIMENTO DE ACIDENTE

RELATO DO FATO OCORRIDO COM O Sd EV LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS DO 2º Esqd

Eu, Sd Laurant Anderson Silva de Vasconcelos, sofri um acidente de moto, por volta das 17:00 hs de dia 24 de junho de 2018 no domingo quando ia na garupa da moto conduzida pelo meu Tio, Maricélio Vasconcelos dos Santos, que estava a mais ou menos 130 Km/h, pois eu no banco da frente da PB 054, quando ia para comprar gasolina no posto de combustível da cidade vizinha. Ele foi jogado onde tinha grama quando perdeu o controle da moto, pois eu fui arremessado por cima do filote, fazendo com que meu capote se soltasse, e batí com a cabeça no asfalto, logo em seguida quem passava no lado esquerdo da rua foi quem me socorreu, me levando para o hospital regional de Itaboraí, que de lá fui remanejado para a UTI. Em seguida para o hospital de Trauma em João Pessoa de onde os procedimentos dos ferimentos que lá fui diagnosticado com traumatismos crânio e cortes profundos no rosto e na cabeça, tendo alta na madrugada do mesmo dia, e no dia seguinte fui para a HGU onde foi diagnosticado a fratura de clavícula, onde estou sendo acompanhado pelo ortopedista Tenente Bether. Informo que meu acidente não aconteceu durante expediente, foi na minha folga, e nem estava o comando do quartel.

Quartel em Bayeux - PB, 26. junho de 2018

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS - Sd EV  
ACIDENTADO

**CÓDIGO PENAL MILITAR (transcrições): Artigo 312. (Falsidade ideológica)** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante, desde que o fato atente contra administração ou o serviço militar. **Pena-reclusão, até 5(cinco) anos, se o documento é público; reclusão, até 3(três) anos, se o documento é particular.**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

# Serviço Social

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

|              |                                 |          |  |
|--------------|---------------------------------|----------|--|
| Ficha Nº     |                                 | Data:    |  |
| Paciente:    | LAURIANT ADERSON D. VASCONCELOS |          |  |
| Origem:      |                                 |          |  |
| Solicitante: |                                 | Clinica: |  |

### Motivos do Encaminhamento

Paciente, 19 anos, vítima de queda de moto  
há 1 dia, na entrada na unidade local,  
e orientado com acurácia e sangramento  
importante em região temporal (E) e  
lesões pelo corpo.

Exames: exames, exames.

AP - NUF SRA

AC - MIN 2T BAF SS

glasgow 15

Solicito avaliação neurológica de emergência

### Medicação administrada

### Encaminhamento para:

trauma.

### Serviço Social



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   | LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS |
| DATA DE NASCIMENTO | 09/01/99                              |
| NOME DA MÃE        | MARLI CARLOS DA SILVA                 |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.090.282                                                            |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 24/06/18                                                             |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 19:38                                                                |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                              |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FERIMENTOS NA CABEÇA + TRAUMATISMO INTRACRANIANO<br>NÃO ESPECIFICADO |
| CID 10                 | S01.8 + S06.9                                                        |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, presença de ferimento corto-contuso em região parieto-temporal esquerda e na face. Consciente e orientado. Dor em ombro esquerdo. Perda da consciência. Consciente e orientado. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
RX de torax  
RX de pelve  
RX de ombro esquerdo  
Ultrassonografia FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 24/06/18 |
| DATA DA EMISSÃO: | 31/08/18 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/BB

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



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   | LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS |
| DATA DE NASCIMENTO | 09/01/99                              |
| NOME DA MÃE        | MARLI CARLOS DA SILVA                 |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.090.282                                                            |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 24/06/18                                                             |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 19:38                                                                |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                              |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FERIMENTOS NA CABEÇA + TRAUMATISMO INTRACRANIANO<br>NÃO ESPECIFICADO |
| CID 10                 | S01.8 + S06.9                                                        |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, presença de ferimento corto-contuso em região parieto-temporal esquerda e na face. Consciente e orientado. Dor em ombro esquerdo. Perda da consciência. Consciente e orientado. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
RX de torax  
RX de pelve  
RX de ombro esquerdo  
Ultrassonografia FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 24/06/18 |
| DATA DA EMISSÃO: | 31/08/18 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/38

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

# SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

BE: 1090282

PRONTUÁRIO:

Flávia Araújo  
A Administrativo  
SERVIDOR-ATENDENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/2018

SOLICITANTE: (X) PACIENTE ( ) ADVOGADO:

( ) FAMÍLIA :

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE

<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

**TELEFONE: 3216-5760**

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA PELA MANHÃ. / SEGUNDA, QUARTA, QUINTA E SEXTA PELA TARDE.  
- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA (08:00H às 17:00H)



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM / 7ª DE  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Nome: LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Pr. Paculo: 0000080808 RG: N.O INFORMADO  
Onde: MED CIVIL Data: 27-06-2018 11:06 Orig: UH GaP  
Convênio: MILITAR DA ATIVA Idade: 19 anos Dest: L. CH GaP

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA:

Material: Sangue total- EDTA

Método: Automatizado: MINDRAY BC-3600

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:02 J

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

|             |                              |                                   |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos | 3,82 milhão /mm <sup>3</sup> | 4,2 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina | 11,7 g/dL                    | 13,5 a 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito | 34,9 %                       | 40,0 a 52,5 %                     |
| V.C.M.      | 91 fL                        | 82,0 a 102,0 fL                   |
| H.C.M.      | 31 pg                        | 27,0 a 32,0 pg                    |
| C.H.C.M.    | 34 g/dL                      | 32,9 a 36,0 g/dL                  |
| RDW         | 13,3 %                       | Isocitose ± 11,5 a 15,0 %         |

SÉRIE BRANCA

|                       |                               |                     |                                            |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| Leucócitos            | 6.800 /mm <sup>3</sup><br>(%) | (/mm <sup>3</sup> ) | 4.500 a 12.000 /mm <sup>3</sup>            |
| Neutrófilos           |                               |                     |                                            |
| Promielócitos         | 0                             | 0                   |                                            |
| Mielócitos            | 0                             | 0                   |                                            |
| Metamielócitos        | 0                             | 0                   |                                            |
| Bastonetes            | 0                             | 0                   |                                            |
| Segmentados           | 63,0                          | 4.284               | 40 a 70 % - 1.000 a 4.500 /mm <sup>3</sup> |
| Eosinófilos           | 2,0                           | 136                 | 0,5 a 6,0 % - até 500 /mm <sup>3</sup>     |
| Basófilos             | 1,0                           | 68                  | 0 a 2,0 % - até 100 /mm <sup>3</sup>       |
| Linfócitos            |                               |                     |                                            |
| Típicos               | 25,0                          | 1.700               | 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 /mm <sup>3</sup> |
| Atípicos              | 0                             | 0                   |                                            |
| Monócitos             | 9,0                           | 612                 | 2,0 a 10 % - até 1.000 /mm <sup>3</sup>    |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | 168.000 /mm <sup>3</sup>      |                     | 150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>          |

Nota: Este hemograma não se constitui em diagnóstico de qualquer doença, sendo que os resultados podem sofrer variações em decorrência de condições específicas da amostra coletada. Quaisquer conclusões dependem de aprofundamento da investigação clínica, inclusive com realização de exames mais específicos.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1384-2881-B17F-98F9-38FD-7337-80AB-4FC1

AV. Epitácio Pessoa, 21221 - Tambauzinho  
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB

Fone:  
(83) 2106.1722  
(83) 2106.1769





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM / 7ª DE  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



|           |                                      |            |                  |          |               |
|-----------|--------------------------------------|------------|------------------|----------|---------------|
| SPAL:     | LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS | Protocolo: | 0000080808       | RG:      | NÃO INFORMADO |
| Dist:     | MED CIVIL                            | Data:      | 27-06-2018 11:06 | Origem:  | UBIGaP        |
| Convênio: | MILITAR DA ATIVA                     | Idade:     | 19 anos          | Destino: | LACaGaP       |

BIOQUÍMICA

PROTEÍNA C REATIVA, DET QUANTITATIVA DA... 43,0 mg/L

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
até 10,0 mg/L

CREATININA... 0,5 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro ou Plasma  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
MULHERES: 0,4 a 1,0 mg/dL  
HOMENS: 0,7 a 1,2 mg/dL

UREIA... 13 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
MULHERES: 15 a 36 mg/dL  
HOMENS: 19 a 43 mg/dL

SÓDIO... 141 mmol/L

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro ou Plasma  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
135 a 145 mmol/L

POTÁSSIO... 4,4 mmol/L

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro ou Plasma  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
3,5 a 5,1 mmol/L

CÁLCIO... 9,2 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
8,8 a 10,0 mg/dL

MAGNÉSIO... 2,1 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro ou Plasma  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
1,6 a 2,4 mg/dL

FÓSFORO... 4,1 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05 |  
MATERIAL: Soro  
Método: QUÍMICA SECA - CITROS 250

Valores de Referência:  
Adultos: 2,5 a 4,5 mg/dL  
Até 1 ano: 4,0 a 7,0 mg/dL  
1 a 17 anos: 3,0 a 7,0 mg/dL

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5270-D451-D731-0975-468E-A688-F9DE-80FC

AV. Epitácio Pessoa, 21221 - Tambauzinho  
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB

Fone:  
(83) 2106.1722  
(83) 2106.1769



Programa  
Nacional de  
Controle de  
Qualidade



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM / 7ª DE  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LABORATÓRIO DE ANALISES CLINICAS



|           |                                      |            |                  |          |               |
|-----------|--------------------------------------|------------|------------------|----------|---------------|
| Srta.:    | LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS | Protocolo: | 0000080808       | RG:      | NÃO INFORMADO |
| Dr.:      | MED CIVIL                            | Data:      | 27-06-2018 11:06 | Origem:  | U/HGdJP       |
| Convênio: | MILITAR DA ATIVA                     | Idade:     | 19 anos          | Destino: | LAC/HGdJP     |

BIOQUÍMICA

CLORO ..... 97  $\mu\text{mol/L}$

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05

IDENTIFICADOR

LABORATÓRIO DE QUÍMICA DECA VITRUA-250

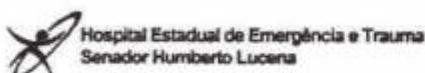
Valores de Referência:  
98 $\mu\text{mol/L}$  a 107 $\mu\text{mol/L}$

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5270-D451-D731-0975-468E-A68C-PB0X-8DEC

AV. Epitacio Pessoa, 21221 - Tambauzinho  
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB

Fone:  
(83) 2106.1722  
(83) 2106.1769





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1090282



| Identificação do paciente                                                                                                     |                                                                  |                                       |                                    |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| ID<br>1300569                                                                                                                 | Nome<br>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS                    |                                       |                                    | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>09/01/1999                                                                                              | Idade<br>19 anos 5 meses 15 dias                                 | Estado civil                          | Religião                           | Prontuário        |
| Mãe<br>MARLI CARLOS DA SILVA                                                                                                  | Pai<br>ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS                        |                                       |                                    |                   |
| Escolaridade                                                                                                                  | Responsável (Parentesco)<br>MARIA JOSE CARLOS DA SILVA - TIO (A) |                                       |                                    |                   |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                               | Fone Móvel<br>986000695                                          | DDD Fixo                              | Fone Fixo                          |                   |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                                             | Número documento<br>4688351                                      | Nº Cns<br>703405218499915             |                                    |                   |
| Local de procedência<br>SAO JOSE DOS RAMOS                                                                                    | Tipo<br>MUNICIPIO                                                |                                       | UF<br>PB                           |                   |
| Email                                                                                                                         | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                      | CBO/R                                 |                                    |                   |
| Endereço                                                                                                                      |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| CEP<br>58339000                                                                                                               | Município de residência<br>SAO JOSE DOS RAMOS                    | UF<br>PB                              | Logradouro<br>PIO GONÇALVES CHAVES |                   |
| Número<br>135                                                                                                                 | Complemento                                                      | Bairro<br>CENTRO                      |                                    |                   |
| Admissão                                                                                                                      |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Data e Hora<br>24/06/2018 19:38:25                                                                                            | Número da pulseira<br>1000005137755                              | Convênio<br>SUS                       |                                    |                   |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                               | Clínica                                                          |                                       |                                    |                   |
| Classificação de risco                                                                                                        | Origem do paciente<br>RUA                                        |                                       |                                    |                   |
| Caráter de atendimento                                                                                                        | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                 | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |                                    |                   |
| Indicadores e Transporte                                                                                                      |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Caso policial<br>Não                                                                                                          | Plano de saúde<br>Não                                            | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                      |                   |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                                                    | Quem transportou                                                 |                                       |                                    |                   |
| Sinais Vitais                                                                                                                 |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                                                                                      | Pulso                                                            | Temperatura                           |                                    |                   |
| Exames complementares                                                                                                         |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Raio X [ ]                                                                                                                    | Sangue [ ]                                                       | Urina [ ]                             | TC [ ]                             | Liquor [ ]        |
| ECG [ ]                                                                                                                       |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Ultrasonografia [ ]                                                                                                           |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Dados clínicos                                                                                                                |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| <i>Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão na região frontal, consciente e orientado secundado p/ exames.</i> |                                                                  |                                       |                                    |                   |
| Diagnóstico                                                                                                                   | CID                                                              |                                       |                                    |                   |
| Atendido por<br>AURINEIDE QUEIROGA DANTAS                                                                                     | Tempo<br>01min 03seg                                             |                                       |                                    |                   |

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                                                                                                                                      |                                          |                                                    |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b>                                                                                                             | BAE<br><b>1090282</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>24/06/2018 19:38:25</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>09/01/1999</b>                                                                                                                              | Idade<br><b>19a 5m 16d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>703406218499915</b>                |
| Mãe<br><b>MARLI CARLOS DA SILVA</b>                                                                                                                                  |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br><b>(83) 986000695</b> |
| Endereço<br><b>PIO GONÇALVES CHAVES, 135</b>                                                                                                                         |                                          |                                                    | Prontuário                                   |
| Bairro<br><b>CENTRO</b>                                                                                                                                              |                                          | Município<br><b>SÃO JOSE DOS RAMOS</b>             | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                                                                                                                                    | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>10360/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>24/06/2018 19:38:25</b>                                                                                                                |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>24/06/2018 23:30:33</b> |                                              |
| <b>Anamnese</b><br># CIRURGIA GERAL #<br><br>REALIZADO SUTURA EM REGIÃO PARIETO-TEMPORAL ESQUERDA.<br>PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.<br>CD: PRESCRITO TETANOGAMA. |                                          |                                                    |                                              |
| <b>MEDICAÇÃO</b><br><br>TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: FAZER 01 AMP , IM)                                     |                                          |                                                    |                                              |
| <b>Conduta</b><br><br>Em observação                                                                                                                                  |                                          |                                                    |                                              |

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO  
(CRM: 10360/PB)

chamado ao 01:00 não responde

Alta L de Guel  
Alta HOSPITALARDr. Igor Nunes de Sousa  
MÉDICO  
CRM-5859 PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                          |                                          |                                                |                                             |                                       |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b> |                                          | BAE<br>1090282                                 | Data/Hora Entrada<br>24/06/2018 19:38:25    | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>09/01/1999                         | Idade<br>19a 5m 16d                      | Sexo<br>Masculino                              | CNS<br>703406218499915                      | Telefone de Contato<br>(83) 986000695 |
| Mãe<br><b>MARLI CARLOS DA SILVA</b>                      |                                          |                                                |                                             | Prontuário                            |
| Endereço<br><b>PIO GONÇALVES CHAVES, 135</b>             |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                        | Município<br><b>SAO JOSE DOS RAMOS</b>      | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>AUTRAN DA NOBREGA ALVES</b> |                                             | Nº Cons. Regional<br>4072/            |
| Data/Hora Classificação<br>24/06/2018 19:38:25           |                                          |                                                | Data/Hora Prescrição<br>24/06/2018 23:56:41 |                                       |

**Anamnese**

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando trauma em face. No momento paciente encontra-se orientado, normocorado, eupneico, vias aéreas pervias, movimentos oculares e mandibulares preservados. Ao exame físico apresenta FCC em região de supercílio (D e E) e na região nasal, escoriação no lábio superior. Ao exame de imagem não apresenta sinais sugestivos de fratura nos ossos da face.

- 1) Avaliação da BMF
- 2) SUTURA
- 3) ORIENTAÇÕES
- 4) ALTA BMF

Aos cuidados das demais especialidades.

**Conduta**

Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

Autran da Nobrega Alves  
AUTRAN DA NOBREGA ALVES  
CRO-PB: 4072



Hospital Estadual de Pernambuco

Hospital Estadual de Pernambuco  
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                           |                                           |                                                  |                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente:<br><b>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b> |                                           | SAE:<br>1090282                                  | Data Hora Entrada:<br>24/06/2018 19:38:25           | Data Baixa:                           |
| Data de nascimento:<br>09/01/1999                         | Idade:<br>18a 5m 10d                      | Sexo:<br>Masculino                               | CNS:<br>703478215499915                             | Telefone de Contato:<br>(83) 98600695 |
| Mãe:<br><b>MARLI CARLOS DA SILVA</b>                      |                                           |                                                  |                                                     | Prontuário:                           |
| Endereço:<br><b>PIO GONÇALVES CHAVES, 135</b>             |                                           | Bairro:<br>CENTRO                                | Município:<br>SAO JOSE DOS RAMOS                    | UF:<br>PB                             |
| Acidente:<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                        | Motivo:<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional:<br><b>GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA</b> | Nº Cons. Regional:<br>6800/PB                       |                                       |
| Data/Hora Classificação:<br>24/06/2018 19:38:25           |                                           |                                                  | Data Hora Fim Classificação:<br>24/06/2018 21:00:18 |                                       |

**Anamnese**

NEUROCIRURGIA

TCE, QUEDA MOTO

AO EXAME: GLASGOW 15

FERIMENTO CORTO CONTUDO PARIETAL ESQUERDO

TC CRÂNIO NORMAL

TC COLUNA CERVICAL NORMAL

**ORIENTAÇÕES**

ALTA NEUROCIRURGIA

**CID10**

| Código | Descrição                                   |
|--------|---------------------------------------------|
| S06.9  | Traumatismo intracraniano, não especificado |

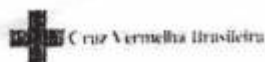
**Conduta**

Em observação

*Jr. Gustavo Cartaxo Patriota*  
Neurocirurgia  
CRM-PB 6800

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(Neuro/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede: Rua Humberto de Alencar



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                          |                                          |                                                    |                                       |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b> | RAE<br>1090282                           | Data/Hora Entrada<br>24/06/2018 19:38:25           | Data Exata                            |
| Data de nascimento<br>09/01/1999                         | Idade<br>19a 5m 15d                      | Sexo<br>Masculino                                  | CNS<br>703405218493315                |
| Nome<br><b>MARLI CARLOS DA SILVA</b>                     |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br>(83) 986000695 |
| Endereço<br><b>PIO GONÇALVES CHAVES, 135</b>             |                                          |                                                    | Prontuário                            |
| Bairro<br><b>CENTRO</b>                                  |                                          |                                                    | UF<br><b>PB</b>                       |
| Município<br><b>SAO JOSE DOS RAMOS</b>                   |                                          |                                                    | Nº Cons. Regional<br>10360/PB         |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO</b> |                                       |
| Data/Hora Classificação<br>24/06/2018 19:38:25           |                                          | Data/Hora Prescrição<br>24/06/2018 19:55:10        |                                       |

### Anamnese

#### #CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO (DERRAPAGEM) HÁ 3 HORAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. NEGA SINCOPE, PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. AO EXAME FÍSICO: VIAS AEREA PERFEITAS, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SEM ALTERAÇÕES TORÁCICAS, ABDOMINAIS E PELVICAS. CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15. REALIZADO INFUSÃO DE 3000 ML DE RL.

#### CONDUTA:

TC DE CRÂNIO E CERVICAL  
RX DE TORAX, Pelve e OMBRO ESQUERDO  
USG FAST  
PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

### CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

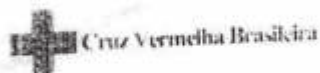
Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO  
(CRM: 10360/PB)

24/06/2018

172.16.0 6-8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;pendencia=

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                          |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS</b> |                                          | BAE<br><b>1090282</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>24/06/2018 19:38:25</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>09/01/1999</b>                  | Idade<br><b>19a 5m 15d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>703406218499915</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 986000695</b> |
| Mãe<br><b>MARLI CARLOS DA SILVA</b>                      |                                          | Prontuário                                         |                                                 |                                              |
| Endereço<br><b>PIO GONÇALVES CHAVES, 135</b>             |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>SÃO JOSE DOS RAMOS</b>          | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA</b>    |                                                 | Nº Cons. Regional<br><b>6800/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>24/06/2018 19:38:25</b>    |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>24/06/2018 19:58:56</b> |                                                 |                                              |

**Anamnese**NEUROCIRURGIA  
TCE - Queda de moto

Ao exame

Consciente, orientado e colaborativo.

Glasgow 15

Pupilas isocóricas

Sem déficit motor

Sem cervicalgia

Conduta:

TC de crânio

**CID10**

| Código | Descrição                                   |
|--------|---------------------------------------------|
| S06.9  | Traumatismo intracraniano, não especificado |

**Conduta**

Em observação



LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(: 6800/PB)



Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|          |                |
|----------|----------------|
| Data:    | 24/06/18 19:53 |
| Usuário: | SILVANA SERRA  |
| Boleim   | 1090282        |



|                        |                                           |         |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
|------------------------|-------------------------------------------|---------|------------|-------|------------|------|-----------|----|---------|---------------|---------------------|
| Nome                   | LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS     | Data de | 09/01/1999 | Idade | 19a 5m 15d | Sexo | MASCULINO | Nº | 1090282 | Nº Prontuário | 24/06/2018 19:53:10 |
| Motivo do Atendimento  | Enternaria / Leito                        |         |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
| Validade da Prescrição | 24/06/2018 19:53:00 - 25/06/2018 19:53:00 |         |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
| Convenio               | SUS                                       |         |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
| Matricula              | Senha                                     |         |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |

| Nome do medicamento                    | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Aprazamento |
|----------------------------------------|------|------|-------------------|--------|-------------|-----|-------------|
| 1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA | 0.0  |      |                   |        |             |     |             |
| 2 PARECER ORTO                         | 0.0  |      |                   |        |             |     |             |

24 de Junho de 2018

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO  
CRM: 10360

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                       |  |                    |  |            |  |           |  |                                           |  |                     |  |
|---------------------------------------|--|--------------------|--|------------|--|-----------|--|-------------------------------------------|--|---------------------|--|
| Nome                                  |  | Data de            |  | Idade      |  | Sexo      |  | Nº Prontuário                             |  | Data Prescrição     |  |
| LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS |  | 09/01/1999         |  | 19a 5m 16d |  | MASCULINO |  | 1090282                                   |  | 24/06/2018 23:30:33 |  |
| Motivo do Atendimento                 |  | Enfermaria / Leito |  |            |  |           |  | Validade da Prescrição                    |  |                     |  |
| Convenio                              |  |                    |  |            |  |           |  | 24/06/2018 23:30:00 - 25/06/2018 23:30:00 |  |                     |  |
| SUS                                   |  |                    |  | Matrícula  |  |           |  | Senha                                     |  |                     |  |

Data: 24/06/18 23:30  
Usuário: SILVANA SERRA  
Boletim 1090282

| Nome do medicamento | Dose  | U.M. | Orientação de Uso             | Via de            | Veloc. Inf. | Pos   | Aprazamento |
|---------------------|-------|------|-------------------------------|-------------------|-------------|-------|-------------|
| 1 TETANOGAMMA       | 250.0 | UI   | Observação: FAZER 01 AMP , IM | INTRAMUSCUL<br>AR |             | AGORA |             |

24 de Junho de 2018

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO  
CRM: 10360

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831394244

Data Nasc: 09/01/1999 - 19 anos

Paciente: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Data Exame: 24/06/2018

### **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST**

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosa relacionadas ao trauma.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

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

*Este laudo foi liberado em 24/06/2018 20:36 .*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831394244

Data Nasc: 09/01/1999 - 19 anos

Paciente: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Data Exame: 24/06/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

C1 e C2 sem anormalidades.

Não se identifica fratura ou luxação nos elementos vertebrais estudados.

Alinhamento normal dos corpos vertebrais visibilizados.

Pedículos íntegros.

Articulações facetárias anatômicas.

Não há evidências de protrusões discais significativas nos interespaços estudados.

Neuroforames amplos.

Canal vertebral com amplitude e conteúdo normais.

Grupos musculares preservados.

*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 24/06/2018 21:55.*

**Dr. Diego Rodrigues Gonçalves**  
**CRM 7637 - PB**



4688 351

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM / 7ª DE  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que Laurent Silva de Vasconcelos, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas, sendo portador(a) da afecção CID - 10 \_\_\_\_\_.

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (quinze) dias, a partir desta data.

JOÃO PESSOA/PB 29 / 06 / 18

Assinatura e Carimbo do Médico

EUGÊNIO PEREIRA  
CRM-PB 11403

## AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7º RM / 7º DE  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

**ATESTADO MÉDICO**

PARA: Laurent Silva de Warenele.

Convém dispensar do serviço.

por 15 (Quinze) dias para tratamento  
de saúde.

- ( ) SD EV ficará aquartelado no alojamento.  
( ) SD EV ficará aquartelado na enfermaria.

Em, lanc

João Pessoa, 29 / 06 / 18.

[Assinatura]  
Médico