



Número: **0802413-19.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **12/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS (AUTOR)		Viviane Maria Silva de Oliveira (ADVOGADO) JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30311692	01/05/2020 13:00	Contestação	Contestação
30311694	01/05/2020 13:00	2713235_CONTESTACAO_Anexo_02-compactado	Outros Documentos
30312049	01/05/2020 13:00	2713235_CONTESTACAO_Anexo_03-compactado	Outros Documentos

EM ANEXO





A d rogada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO 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

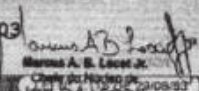
NASCIMENTO

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


MARCOS A. S. LOPES JR.
Chefe do Registro Civil

0 +



SEU CONTRATO DE SEGURO DE VEÍCULO É VÁLIDO APENAS SE O SEU VEÍCULO FOR REGISTRADO EM UM DESEMPENHO DE SEGURO DE VEÍCULO E SE O SEU VEÍCULO FOR REGISTRADO EM UM DESEMPENHO DE SEGURO DE VEÍCULO E SE O SEU VEÍCULO FOR REGISTRADO EM UM DESEMPENHO DE SEGURO DE VEÍCULO

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 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 11/02/2018

PLACA
MOV9756/PB

ANEXO 1
02583529414

CPF (CNPJ)
02583529414

ANEXO 2
00982637063

DESCRIÇÃO
HONDA/CBX 250 TWISTER

ANEXO 3
2008

DATA INÍCIO
9

Nº CLASSE
9C2MC35008R067639

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DESMATRIAS (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SOBRE O SEU SEGURO
P A G O

COTA ÚNICA
☐

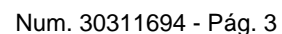
PAGAMENTO
☐

PARCELADO
☐

DATA DE CANCELAMENTO
15/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-01
31034-0949106-20130221

DE-2017



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

2.288.466 -2 VILA

ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS

MÁRIO APÁULO DOS SANTOS

MARIA APARECIDA DE VASCONCELOS DOS SANTOS

RIO DE JANEIRO-RJ

CASAM N.436 FLS.75 LIV.BB

CARTÓRIO RIO DE JANEIRO RJ

026.835.294-14

10/08/1978

DATA DE NASCIMENTO

11/09/2013

DATA DE EMISSÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

690-4

20-A

Anderson de Vasconcelos dos Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTABILIDADE E FISCALIZAÇÃO

DUPLICATA DE FISCALIZAÇÃO

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
		Substancial	Comercial	Industria	Pública	
209.001.360.0532.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	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. I QUALID. AGUA-ANEKO 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: JUN/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 28/08/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:30:23

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
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. LET 12.741/12

VENCIMENTO: 08/09/2019

Total a Pagar: R\$ 37,91

Documentos

Pessoas do

Proprietários



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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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



PROCURAÇÃO "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 Eptácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000

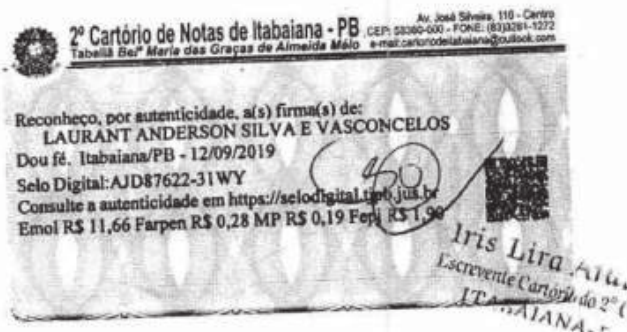
OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAURANT ANDERSON
SILVA DE VASCONCELOS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENT

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 14824394





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00055/00056 - carta_31 - INVALIDEZ

00050028



Carta nº 14857277





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\$1.00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0733

CONTA:

00050047

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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) ☐ Divorçado ☐ 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, ainda que, de 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.

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

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)

FPS.001/2019/027012



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. encontra-se 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. Cliente 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 DE 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\$1.00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0733

CONTA:

00050047

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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) ☐ Divorçado ☐ 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, 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)

FPS.001 1000 127012

 		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE: 6544996		CGC/CPF: 08.778.268/0049-05	
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITAIBAIANA			
END.: AVENIDA DEPUTADO ARAÚJO PEREIRA DE LIMA, 01		ESTADO: PARAIBA	
MUNICÍPIO: ITAIBAIANA		UF: 25	
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			
Nome: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS			
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			
Nº: 135			
Endereço: AV. PIO GONCALVES CHAVES			
Bairro: CENTRO			
Município-UF - CEP - IBGE: SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445			
Telefone para contato (83) 0030-0000			
CNS: 703408218499915			
Data e Hora: 24/06/2018 17:25:29			
CADASTRO: 2097347457			
PESO:		PA:	
TEMP.:		SSW	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Pt vítima de queda de altura há 30 dias.			
Apresenta fratura em região torácica.			
Sanguinolento. Glaxogen 15.			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)			
RESULTADOS			

RECEPCIONISTA: TIAGO AUGUSTO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
1. SVP 200ml - 8.00	
2. SVP 1kg + 20 - 8.00	
3. SVP	
4. SVP	
01 - ELETIVO	
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:	
1. PRESCRITA	
2. APLICADA	
3. OBSERVAÇÃO	
4. RESIDÊNCIA	
5. OUTRO HOSPITAL	
6. ÓBITO	
7. OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:	
1- 103101106100916	
2-	
3-	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)	
MÉDICO / CNS / CRM	
CBO	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO	
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
CARIMBO	

[illegible]

comprovante de
Residência
do(a) autor(a)



MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO
ITAIPAVA / PB CEP: 58300-000 (AO: 113)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Endereço: Rua José Pessoa, 1000 - João Pessoa/PB - CEP: 53071-000
Rozário - 13 - 113 - 375 - 1100 Referência: Jun/2019 Emissão: 19/06/2019
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 025.029.188
Cód. para Dct. Automática: 00010340131

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	023.134.384-14

UC (Unidade Consumidora): 5/1034013-1

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/05/19	34053	19/06/19	34253	169
Demonstrativo				
CO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alq. (R\$)
0001	Consumo em kWh	189,000	1,76	330,60
0007	Adc. B. Amarela	1,10	1,76	1,94
CANCELAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	22,01	0,00	0,00

C.C. Código de Classificação do Item: TOTAL 176,10 157,12 39,25 157,12 1,70 7,94
Tarifa e Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
144	28/06/2019	R\$ 179,13

Histórico de Consumo (kWh)

396	182	9	0	0	35	86	25	28	23	223	307
Jun/18	Jul/18	Agv/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Ma/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
OT. MENSAL	0,00	NORMAL
OT. TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
OT. ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR
OT. MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Reserva de Pot. de Emergência	25,41	14,18
Compra de Energia	84,82	47,33
Serviço de Transmissão	5,98	3,34
Encargos Setoriais	9,28	5,18
Impostos Federais e Estaduais	70,82	39,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	179,13	100,00

Valor em USD (Ref. 4/2019): R\$12,44

ATENÇÃO

Seu e-mail confirmado

Pagamentos em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180.00009 02624 912008 02995.280175 5 79340000017913

PAGADOR: MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO - CNPJ: 023.134.384-14
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO - ITAIPAVA / PB CEP: 58300-000

Mes	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28/06/2019	001034013201905	28/06/2019	R\$ 179,13	

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.183/001-10
Br 202, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 53071-000

Apresentar Código de Beneficiário: 3024-3/2447-8



Componente
de Residência
Adquirida



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002085400000029126121>

Número do documento: 20050113002085400000029126121



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yviane Naria Silva de Oliveira Nascimento

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura irrevocável permanente da Vítima Daurent 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>514</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itabaiana</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>yvianenascimento.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.

Yviane Naria Silva de Oliveira Nascimento
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

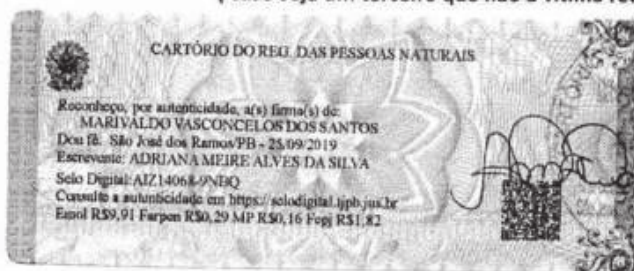
Anderson de Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Declarante

Marivaldo Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Condutor

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



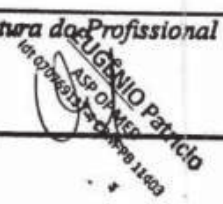


MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LAUDO Nº / - CLÍNICA:

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Laurent Silva de Macconcelis</u>	
	Posto ou Graduação: <u>SD EV</u>	Identidade/Org Exp: <u> </u>
	Filiação: <u> </u>	
	Naturalidade: <u> </u>	Data de Nascimento: <u>09/01/99</u>
	Unidade Militar: <u>16 RCMU</u>	Situação Militar: <u>Ativo</u>
	Endereço Residencial: <u> </u>	
	Solicitado pela Seção de Perícias Médicas/HGJP	
QUEIXA PRINCIPAL	<u>Pct vítima de acidente automobilístico.</u>	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	<u>Pct relata que estava no como passageiro do moto quando a 120km/h caiu em buraco e foi arremetido da moto. Nega dor. Estava consciente. Foi remanejado para o trauma. Após estabilizar e exames complementares. Dado alta e após deu entrada no PA. Internado. Avaliado pela ortopedia (CAP onco) que orientou conduta conservadora e retorno ambulatorial. segue ao cuidado da comissão de pl. e nega comorbidade.</u>	
ANTECEDENTES PESSOAIS	<u> </u>	
ANTECEDENTES FAMILIARES	<u>mae: HAS</u>	



EXAME FÍSICO	Exame físico: jo, mms, mms. fratura clavicula (E) em terzo prox. AW: BNF reg. 12T 11/10/18 AR: MUI em 11/12 AD: Plano, flexão	
EXAMES COMPLEMENTARES	fratura clavicula (E) 1/3 prox. AW: BNF reg 2T	
DIAGNÓSTICOS	fratura clavicula (E) 1/3 ant.	
PROGNÓSTICO	Seguimento ambulatorial na ortopedia e comissão de pl.	
PARECER		
JUSTIFICATIVA DO PARECER		
LOCAL E DATA	JOÃO PESSOA - PB, 28 / 06 / 18	Assinatura do Profissional  SUELIO MOREIRA TORRES CRM 11203



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, souri um acidente de moto, por volta das 17:00 hs de dia 24 de junho de 2018 no domingo quando iam na garupa da moto conduzida pelo meu tpr, Marivaldo Vasconcelos dos Santos, que estava a mais ou menos 130 Km/h, veio cair no buraco na pista da PB 054, quando iam comprar gardinha no posto de combustível da cidade vizinha. Ele foi jogado onde tinha grama quando perdeu o controle da moto, por eu fui arremessado por cima do piloto, ficando com que meu capote saltasse, e caí com a cabeça no asfalto, logo em seguida quem passava no local chamou a meu pai que veio me socorrer, me levando para o hospital regional de Itabaiana, que lá foi atendido na UTI. Depois para o hospital de Itaquara em Itabaiana para o atendimento das ferimentos, que lá foi diagnosticado com traumatismo craniano e cortes profundos no rosto e na cabeça, tendo alta na madrugada do mesmo dia, e no dia seguinte fui para o HGU onde foi diagnosticado a fratura da clavícula, onde estou sendo acompanhado pelo ortopedista Tenente Balthazar. Informo que meu acidente não aconteceu durante expediente, foi na minha folga, e nem estava o combente 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 PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	
Paciente:	LAURIANT ANDRESSON D. VASCONCELOS		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente, 19 anos, vítima de queda de moto
há 4 H, na entrada na unidade clínica,
e orientado com encaminhamento e encaminhamento
importante em região temporal (E) e
lesão pelo corpo.

Exame, exame, exame.

AP - NUF SRA

AP - NUF 2T BNF SS

glasgow 15

Solicito avaliação neurológica e exames

Medicação administrada

Encaminhamento para:	Transtorno
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 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 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 da Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



SOLICITAÇÃO

Tassa
Cópia

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	Laurant Anderson Silva de Vasconcelos
BE:	1090282
PRONTUÁRIO:	

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/2018

Flávia Araújo
A Administrativo
SERVIDOR-ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO:

() FAMILIA:

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)

Av. Orestes Lisboa, s/n- CEP: 58031-090 – Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83)3216-5700



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: 0000080808 RG: N.O INFORMADO
Data: 27-06-2018 11:06 Orig: UHGaP
Convênio: MILITAR DA ATIVA Idade: 19 anos Dest: L. CAGaP

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA:

Material: Sangue total- EDTA

Método: Automatizado: MINDRAY BC-3600

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

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	3,82 milh ⁶ /mm ³	4,2 a 6,0 milh ⁶ /mm ³
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 31,0 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 ³ (%)	(/mm ³)	Valores de Referência
Neutrófilos				
Promielócitos	0	0		
Mielócitos	0	0		
Metamielócitos	0	0		
Bastonetes	0	0		
Segmentados	63,0	4,284		40 a 70 % - 1.000 a 6.000 /mm ³
Eosnófilos	2,0	136		0,5 a 6,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos	1,0	68		0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos				
Típicos	25,0	1.700		20 a 45 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos	0	0		
Monócitos	9,0	612		2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	168.000 /mm ³			150.000 a 450.000/mm ³

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, realizada por realização de exames mais específicos.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1384-2881-B17F-98F9-38FD-7377-90AB-3FC1

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 ANÁLISES CLÍNICAS



SRA:	LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	Protocolo:	0000080808	RG:	NÃO INFORMADO
Detal:	MED CIVIL	Data:	27-06-2018 11:06	Origem:	UAGuP
Convênio:	MILITAR DA ATIVA	Idade:	19 anos	Destino:	LAC/AGuP

BIOQUÍMICA

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

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

Valores de Referência:
Até 10,0 mg/L

Material: Soro

Quantidade: 100

CREATININA... 0,5 mg/dL

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

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

Material: Soro ou Plasma

Quantidade: 250

UREIA... 13 mg/dL

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

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

Material: Soro

Quantidade: 250

SODIO... 141 mmol/L

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

Valores de Referência:
135 a 146 mmol/L

Material: Soro ou Plasma

Quantidade: 250

POTÁSSIO... 4,4 mmol/L

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

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

Material: Soro ou Plasma

Quantidade: 250

CÁLCIO... 9,2 mg/dL

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

Valores de Referência:
8,8 a 11,0 mg/dL

Material: Soro

Quantidade: 250

MAGNÉSIO... 2,1 mg/dL

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

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

Material: Soro ou Plasma

Quantidade: 250

FOSFORO... 4,1 mg/dL

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

Valores de Referência:
Adultos: 2,5 a 4,8 mg/dL
Até 1 ano: 4,0 a 7,0 mg/dL
1 a 19 anos: 3,0 a 7,0 mg/dL

Material: Soro

Quantidade: 250

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5270-D451-D731-0975-468E-A638-F9CE-2DFC

AV. Epitácio Pessoa, 21221 - Tambaúzinho
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



Serial:	LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	Protocolo:	0000080808	RG:	NÃO INFORMADO
Distrito:	MED CIVIL	Data:	27-06-2018 11:06	Origem:	U/HGdP
Convênio:	MILITAR DA ATIVA	Idade:	19 anos	Destino:	LAC/HGdP

BIOQUÍMICA

CLORO 97 nmol/L

DATA DE COLETA: 27/06/2018 11:06

IDENTIFICADOR

INSTRUMENTO: INSTRUMENTO CITRUS-250

Valores de Referência:
98nmol/L a 107nmol/L

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5270-D451-D731-0975-468E-A68E-FBD3-5DEC

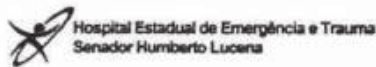
AV. Epitácio Pessoa, 21221 - Tambaúzinho
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB

Fone:
(83) 2106.1722
(83) 2106.1769



Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade





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

Boletim de Atendimento: 1090282



Identificação do paciente			
ID 1300569	Nome LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19 anos 5 meses 15 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA	Pai ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE CARLOS DA SILVA - TIO (A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986000695	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4888351	Nº Cns 703406218499915	
Local de procedência SAO JOSE DOS RAMOS	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58339000	Município de residência SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB	Logradouro PIO GONÇALVES CHAVES
Número 136	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 24/06/2018 19:38:25	Número da pulseira 1000005137755	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
<p>Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão na região frontal, consciente e orientado para si mesmo.</p>			
Diagnóstico			CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS			Tempo 01min 03seg

Imprimir



24/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=321017&pesquisa=S&pe...



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

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
(CRM: 10360/PB)

chamada ao 01:00 não responde

Alta L de Guil
Alta HOSPITALARDr. Igor Nunes de Sousa
MÉDICO
CRM-5858/PB

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=321017&pesquisa=S&pe...

1/1

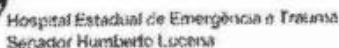


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002085400000029126121

Número do documento: 20050113002085400000029126121

Num. 30311694 - Pág. 31



Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

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

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.

Em observação

Laurant Anderson Silva de Vasconcelos

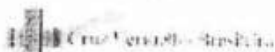
Autran de Nóbrega
AUTRAN DE NÓBREGA
T. 401 MF A - 8-FACIAL
CRO-PB: 4072

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29



24/06/2018

172.16.0.6:80/cv/cb/ades/prescricao.do?control=7&id=320931&pesquisa=S&po...

Hospital Estadual de Saúde
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		SAE 1090232	Data Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Cidade Balção
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18a 5m 10d	Sexo Masculino	CNS 7034202 15499915	Telefone de Contato (83) 986000695
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA		Prontuário		
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA		Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Data Hora Prescrição 24/06/2018 21:00:19		
Anamnese				
NEUROCIRURGIA				
TCE, QUEDA MOTO				
AO EXAME: GLASGOW 15 FERIMENTO CORTO CONTUDO PARIETAL ESQUERDO				
TC CRÂNIO NORMAL TC COLUMA CERVICAL NORMAL				
ORIENTAÇÕES ALTA NEUROCIRURGIA				
CID10				
Código	Descrição			
S05.9	Traumatismo intracraniano, não especificado			
Conduta				
Em observação				

Jr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(neod. PB)

Boletim registrado por: AURINEDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:38:25

172.16.0.6:80/cv/cb/ades/prescricao.do?control=7&id=320931&pesquisa=S&po...

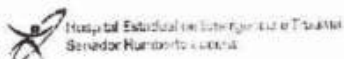
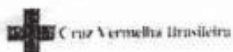


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002085400000029126121

Número do documento: 20050113002085400000029126121

Num. 30311694 - Pág. 33



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	B.N.E. 1090282	Data Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Data Saída
Data de nascimento 06/01/1999	Idade 19a 5m 15d	Sexo Masculino	CNS 703455214-93315
Nome MARLI CARLOS DA SILVA		Telefone de Contato (83) 986000995	
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Bairro CENTRO	Município SÃO JOSÉ DOS RAMOS
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Nº Cons. Regional 10360/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Estabelecimento 24/06/2018 19:38:25	
Anamnese			
#CIRURGIA GERAL#			
<p>PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA 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 PÉLVICAS. CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15. REALIZADO INFUSÃO DE 9000 ML DE RL.</p> <p>CONDUTA: TC DE CRÂNIO E CERVICAL RX DE TÓRAX, PÉLVIS E OMBRO ESQUERDO USG FAST PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA</p>			
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 TÓRAX (PA E PERFIL)			
RADIOGRAFIA DE PÉLVIS (ANTEROPosterior)			
ULTRASSONOGRAFIA - FAST			
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO, TRÊS POSIÇÕES			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta			
Em observação			

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
(CRM: 10360/PB)

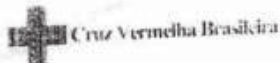
Sistema registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29

172.46.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.cc?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=320878&pesquisa=S&perform=m... 1/1



24/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&pendente=0

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 Laurant Anderson Silva de Vasconcelos		BAE 1090282	Data/Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Data Baixa				
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19a 5m 15d	Sexo Masculino	CNS 703406218499915	Telefone de Contato (83) 986000695				
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA		Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB				
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA		Nº Cons. Regional 6800/PB				
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 24/06/2018 19:58:56						
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25								
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S06.9</td> <td>Traumatismo intracraniano, não especificado</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado
Código	Descrição							
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado							
Conduta Em observação								



LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:35:28

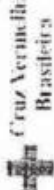


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002085400000029126121

Número do documento: 20050113002085400000029126121

Num. 30311694 - Pág. 35



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/06/18 19:53		Usuário: SILVANA SERRA				
Boleim: 1090282						
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	09/01/1999	19a 5m 15d	MASCULINO	1090282		24/06/2018 19:53:10
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição					
Entermeia / Leito	24/06/2018 15:53:00 - 25/06/2018 19:53:00					
Convenio	Matrícula		Senha			
SUS						

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

24 de Junho de 2018

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
C.R.M. 10360

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/06/18 23:30		Usuário: SILVANA SERRA			
Boleim 1090282					
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
LAIURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	09/01/1999	19a 5m 16d	MASCULINO	1090282	24/06/2018 23:30:33
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição				
	24/06/2018 23:30:00 - 25/06/2018 23:30:00				
Convenio	Matricula		Senha		
SUS					

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 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

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-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 Sílvia 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 Patrício
Médico
Méd 01079547-7
M. P. B. 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, lana

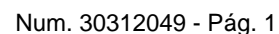
João Pessoa, 29 / 06 / 18.


Médico



comprovante de
Residência

Laurant



MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO
ITAIPAVA / PB CEP: 58300-000 (AO: 113)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Endereço: Rua José Pessoa, 1000 - João Pessoa/PB - CEP: 53071-000
CNPJ: 08.083.0196-0001-40 Insc. Est. 16.615.825-0

Referência: Jun/2019

Emissão: 19/06/2019

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 025.029.188
Cód. para Dct. Automática: 00010340131

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	023.134.384-14

UC (Unidade Consumidora): 5/1034013-1

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/05/19	34053	19/06/19	34253	28
Demonstrativo				
CO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alq. (R\$)
0001	Consumo em kWh	189,000	1,76	330,60
0002	Adic. B. Amarela	1,10	1,76	1,94
CANCELAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	22,01	0,00	0,00

C.C. Código de Classificação do Item: TOTAL 176,10 157,12 33,25 157,12 1,70 7,94
Tarifa e Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
144	28/06/2019	R\$ 179,13

Histórico de Consumo (kWh)

396	182	9	0	0	35	86	25	28	23	223	307
Jun/18	Jul/18	Agv/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Ma/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
OT. MENSAL	0,00	NORMAL
OT. TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
OT. ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR
OT. MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Reajuste de Preços	25,41	14,18
Compra de Energia	84,82	47,33
Serviço de Transmissão	5,98	3,34
Encargos Setoriais	9,28	5,18
Impostos Federais e Estaduais	70,82	39,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	179,13	100,00

Valor em USD (Ref. 4/2019): R\$12,44

ATENÇÃO

• Locais confirmados

Pagamentos em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180.00009 02624 912008 02995.280175 5 79340000017913

PAGADOR: MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO - CNPJ: 023.134.384-14
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO - ITAIPAVA / PB CEP: 58300-000

Mes	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28/06/2019	001034013201905	28/06/2019	R\$ 179,13	

Beneficiário: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.083.0196-0001-40
Br. 202, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 53071-000

Apresentar Código de Beneficiário: 3024-3/2447-8



Componente
de Residência
Adquirida



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376>

Número do documento: 20050113002120300000029126376



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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yviane Naria Silva de Oliveira Nascimento

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura irrevocável permanente da Vítima Daurent 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>514</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itabaiana</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>yvianenascimento.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.

Yviane Naria Silva de Oliveira Nascimento

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 Cuidoria: 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

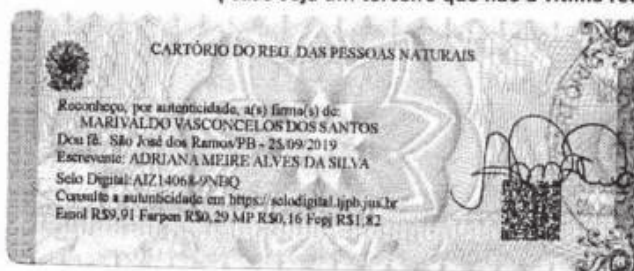
Anderson de Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Declarante

Marivaldo Vasconcelos dos Santos

Assinatura do Condutor

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



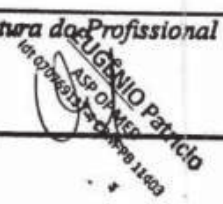


MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

LAUDO Nº / - CLÍNICA:

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Laurent Silva de Macconcelis</u>	
	Posto ou Graduação: <u>Sd Ev</u>	Identidade/Org Exp: <u> </u>
	Filiação: <u> </u>	
	Naturalidade: <u> </u>	Data de Nascimento: <u>09/01/99</u>
	Unidade Militar: <u>16 RCM</u>	Situação Militar: <u>Ativo</u>
	Endereço Residencial: <u> </u>	
	Solicitado pela Seção de Perícias Médicas/HGuJP	
QUEIXA PRINCIPAL	<u>Pct vítima de acidente automobilístico.</u>	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	<u>Pct relata que estava no como passageiro do moto quando a 120km/h caiu em buraco e foi arremessado do moto. Nega dor. Estava consciente. Foi removido para o trauma. Após estabilizar e exames complementares. Dado alta e após deu entrada no PA. Internado. Avaliado pela ortopedia (CAP onco) que orientou conduta conservadora e retorno ambulatorial. segue ao cuidado da comissão de pl. e nega comorbidade.</u>	
ANTECEDENTES PESSOAIS	<u> </u>	
ANTECEDENTES FAMILIARES	<u> </u>	



EXAME FÍSICO	Exame físico: jo, mms, mms. fratura clavicula (E) em terzo prox. AU: BNF reg. 12T 11/10/18 AR: MUE em 12T 11/12 AD: Plano, flexão	
EXAMES COMPLEMENTARES	fratura clavicula (E) 1/3 prox. AU: BNF, reg 2T	
DIAGNÓSTICOS	fratura clavicula (E) 1/3 ant.	
PROGNÓSTICO	Seguimento ambulatorial na ortopedia e comissão de pl.	
PARECER		
JUSTIFICATIVA DO PARECER		
LOCAL E DATA	JOÃO PESSOA - PB, 28 / 06 / 18	Assinatura do Profissional  SUELIO MOREIRA TORRES CRM 11203



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, souri um acidente de moto, por volta das 17:00 hs de dia 24 de junho de 2018 no domingo quando iam na garupa da moto conduzida pelo meu tpr, Marivaldo Vasconcelos dos Santos, que estava a mais ou menos 130 Km/h, veio cair no buraco na pista da PB 054, quando iam comprar garfagem no posto de combustível da cidade vizinha. Ele foi jogado onde tinha grama quando perdeu o controle da moto, por eu fui arremessado por cima do piloto, ficando com meu capote solto e, e batendo com a cabeça no asfalto, logo em seguida quem passava no local chamou a meu pai que veio me socorrer, me levando para o hospital regional de Itabaiana, que ali foi atendido na UTI. Depois para o hospital de Itaquara em Itabaiana para o atendimento das ferimentos, que ali foi diagnosticado com traumatismo craniano e cortes profundos no rosto e na cabeça, tendo alta na madrugada do mesmo dia, e no dia seguinte fui para o HGU onde foi diagnosticado a fratura da clavícula, onde estou sendo acompanhado pelo ortopedista Tenente Balthazar. Informo que meu acidente não aconteceu durante expediente, foi na minha folga, e nem estava o combente 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 PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	
Paciente:	LAURIANT ANDRESSON D. VASCONCELOS		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente, 19 anos, vítima de queda de moto
há 4 H, na entrada na unidade local,
e orientado com encaminhamento e encaminhamento
importante em região temporal (E) e
lesão por pelo corpo.

Exame, exames, exames.

AP - NVE SRA

AC - MIM 2T BNF SS

glasgow 15

Solicito avaliação neurológica e exames

Medicação administrada

Encaminhamento para:	Transtorno
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 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 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 da Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



SOLICITAÇÃO

Tassa
Cópia

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUARIO

NOME DO PACIENTE:	Laurant Anderson Silva de Vasconcelos
BE:	1090282
PRONTUÁRIO:	

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/2018

Flávia Araújo
A Administrativo
SERVIDOR-ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO: () FAMILIA: _____

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)

Av. Orestes Lisboa, s/n- CEP: 58031-090 – Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83)3216-5700





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: 0000080808 RG: N/A INFORMADO
Data: 27-06-2018 11:06 Orig: UH/GuP
Convênio: MILITAR DA ATIVA Idade: 19 anos Dest: L. CAGuP

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA:

Material: Sangue total- EDTA

Método: Automatizado: MINDRAY BC-3600

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

SÉRIE VERMELHA

Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	3,82 milh ⁶ /mm ³ 4,2 a 6,0 milh ⁶ /mm ³
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 p _g 27,0 a 31,0 p _g
C.H.C.M.....	34 g/dL 32,9 a 36,0 g/dL
RDW.....	13,3 % Isocitose : 21,5 a 15,0 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.800 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	0	0	
Segmentados.....	63,0	4.284	40 a 70 % - 1.000 a 6.000 /mm ³
Eosnófilos.....	2,0	136	0,5 a 6,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos.....	1,0	68	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos.....	25,0	1.700	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	9,0	612	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	168.000 /mm ³		150.000 a 450.000/mm ³

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, realizada por realização de exames mais específicos.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1384-2881-B17F-98F9-38FD-7377-90AB-3FC1

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 ANÁLISES CLÍNICAS



SRAL: LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Protocolo: 0000080808 RG: NÃO INFORMADO
Dest: MED CIVIL Data: 27-06-2018 11:06 Origem: UHIGaP
Convênio: MILITAR DA ATIVA Idade: 19 anos Destino: LAC/IGaP

BIOQUÍMICA

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

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

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

SODIO... 141 mmol/L

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

Valores de Referência:
135 a 146 mmol/L

POTÁSSIO... 4,4 mmol/L

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

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

FOSFORO... 4,1 mg/dL

DATA DA COLETA: 27/06/2018 11:05
MATERIAL: Soro
Método: QUÍMICA SECA - VITROS 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-A658-F95E-2DFC

AV. Epitácio Pessoa, 21221 - Tambaúzinho
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



Serial:	LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	Protocolo:	0000080808	RG:	NÃO INFORMADO
Distrito:	MED CIVIL	Data:	27-06-2018 11:06	Origem:	U/HGdP
Convênio:	MILITAR DA ATIVA	Idade:	19 anos	Destino:	LAC/HGdP

BIOQUÍMICA

CLORO 97 nmol/L

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

IDENTIFICADOR

INFORMAÇÃO DE COLETA: 250

Valores de Referência:
98nmol/L a 107nmol/L

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5270-D451-D731-0975-468E-A68E-FBD3-5DEC

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





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

Boletim de Atendimento: 1090282



Identificação do paciente			
ID 1300569	Nome LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19 anos 5 meses 15 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA	Pai ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE CARLOS DA SILVA - TIO (A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986000695	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4888351	Nº Cns 703406218499915	
Local de procedência SAO JOSE DOS RAMOS	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58339000	Município de residência SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB	Logradouro PIO GONÇALVES CHAVES
Número 136	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 24/06/2018 19:38:25	Número da pulseira 1000005137755	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
<p>Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão na região frontal, consciente e orientado para si mesmo.</p>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS	Tempo 01min 03seg		

Imprimir



24/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=321017&pesquisa=S&pe...



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

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
(CRM: 10360/PB)

chamada ao 01:00 não responde

Alta L de Guil
Alta HOSPITALARDr. Igor Nunes de Sousa
MÉDICO
CRM-5858/PB

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=321017&pesquisa=S&perform=im

1/1

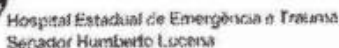


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376

Número do documento: 20050113002120300000029126376

Num. 30312049 - Pág. 16



Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

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

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.

Em observação

Laurant Anderson Silva de Vasconcelos

Autran de Nóbrega
AUTRAN DE NOBREGA
T. 401 MF A - 8-FACIAL
CRO-PB: 4072

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29

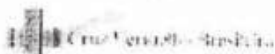


<http://pje.tibb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376>

Número do documento: 20050113002120300000029126376

24/06/2018

172.16.0.6:80/cv/cb/ades/prescricao.do?control=7&id=320931&pesquisa=S&po...

Hospital Estadual de Pernambuco
Secretaria de SaúdeGOVERNO
DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		SAE 1090232	Data Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Cidade Balção
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18a 5m 10d	Sexo Masculino	CNS 7034202 15499915	Telefone de Contato (83) 986000695
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA		Prontuário		
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA		Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Data Hora Prescrição 24/06/2018 21:00:19		
Anamnese				
NEUROCIRURGIA				
TCE, QUEDA MOTO				
AO EXAME: GLASGOW 15 FERIMENTO CORTO CONTUDO PARIETAL ESQUERDO				
TC CRÂNIO NORMAL TC COLUMA CERVICAL NORMAL				
ORIENTAÇÕES ALTA NEUROCIRURGIA				
CID10				
Código	Descrição			
S05.9	Traumatismo intracraniano, não especificado			
Conduta				
Em observação				

Jr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(neod. PB)

Boletim registrado por: AURINEDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:38:25

172.16.0.6:80/cv/cb/ades/prescricao.do?control=7&id=320931&pesquisa=S&po...

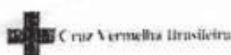


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376

Número do documento: 20050113002120300000029126376

Num. 30312049 - Pág. 18



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Servidor: Números e Dados



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		B.N.E. 1090282	Data Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Outra Base
Data de nascimento 06/01/1999	Idade 19a 5m 15d	Sexo Masculino	CNS 703455214-93315	Teléfono de Contato (83) 986000995
Nome MARLI CARLOS DA SILVA		Prontuário		
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Bairro CENTRO	Município SÃO JOSÉ DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO		Nº Cons. Regional 10360/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Estabelecimento 24/06/2018 19:38:25		
Anamnese				
#CIRURGIA GERAL#				
<p>PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA 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 PÉLVICAS. CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15. REALIZADO INFUSÃO DE 3000 ML DE RL.</p> <p>CONDUTA: TC DE CRÂNIO E CERVICAL RX DE TÓRAX, PÉLVIS E OMBRO ESQUERDO USG FAST PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA</p>				
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 TÓRAX (PA E PERFIL)				
RADIOGRAFIA DE PÉLVIS (ANTEROPosterior)				
ULTRASSONOGRAFIA - FAST				
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO, TRÊS POSIÇÕES				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta				
Em observação				

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
(CRM: 10360/PB)

Sistema registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:39:29

172.46.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.cc?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=320878&pesquisa=S&perform=m... 1/1



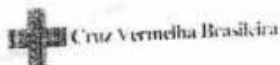
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376

Número do documento: 20050113002120300000029126376

24/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&pendente=0

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 Laurant Anderson Silva de Vasconcelos		BAE 1090282	Data/Hora Entrada 24/06/2018 19:38:25	Data Baixa				
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19a 5m 15d	Sexo Masculino	CNS 703406218499915	Telefone de Contato (83) 986000695				
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA		Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB				
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135		Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA		Nº Cons. Regional 6800/PB				
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 24/06/2018 19:58:56						
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25								
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S06.9</td> <td>Traumatismo intracraniano, não especificado</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado
Código	Descrição							
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado							
Conduta Em observação								



LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:35:28

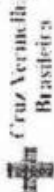
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376

Número do documento: 20050113002120300000029126376

Num. 30312049 - Pág. 20





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/06/18 19:53		Usuário: SILVANA SERRA				
Boleim: 1090282						
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	09/01/1999	19a 5m 15d	MASCULINO	1090282		24/06/2018 19:53:10
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição					
	24/06/2018 19:53:00 - 25/06/2018 19:53:00					
Convenio	Matrícula		Senha			
SUS						

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

24 de Junho de 2018

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
C.R.M. 10360

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/06/18 23:30		Usuário: SILVANA SERRA			
Boletim 1090282					
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
LAIURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	09/01/1999	19a 5m 16d	MASCULINO	1090282	24/06/2018 23:30:33
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição				
	24/06/2018 23:30:00 - 25/06/2018 23:30:00				
Convenio SUS	Matrícula				
Senha					

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 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

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-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 intervalos 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 Sílvia 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 Patrício
Médico
Méd. 01079547-7
M. 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 Vasconceli.

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, lana

João Pessoa, 29 / 06 / 18.


Médico





A d rogada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO 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
CARTORIO ITABAIANA-PB

CNPJ 064.776.614-03

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

0 +





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 013813907928		Nº 013813907928	
COB. RENAVAM. 20180306001418		COB. RENAVAM. 20180306001418	
1 00982637063 3 00/08000000 2018		1 00982637063 3 00/08000000 2018	
ANDERSON DE V. DOS SANTOS		ANDERSON DE V. DOS SANTOS	
02683529414		02683529414	
NOVO PB		NOVO PB	
9C2MC35008R067639		9C2MC35008R067639	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	
HONDA/CBX 250 TWISTER		HONDA/CBX 250 TWISTER	
2 P/249 /CI		2 P/249 /CI	
1 IFVA PAGO EM 00/00/0000		1 IFVA PAGO EM 00/00/0000	
FAIXA IPV A 0		FAIXA IPV A 0	
PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		PREMIO TARIFARIO (R\$) 0	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0		CUSTO DO BILHETE (R\$) 0	
COTA ÚNICA		COTA ÚNICA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
SAO JOSE DO BONFIM DO		SAO JOSE DO BONFIM DO	
31623		31623	
21/02/2019		21/02/2019	
31054		31054	

DETRAN - PB BILHETE DE SEGURO DPVAT		DETRAN - PB BILHETE DE SEGURO DPVAT	
Nº 013813907928		Nº 013813907928	
COB. RENAVAM. 20180306001418		COB. RENAVAM. 20180306001418	
1 00982637063 3 00/08000000 2018		1 00982637063 3 00/08000000 2018	
ANDERSON DE V. DOS SANTOS		ANDERSON DE V. DOS SANTOS	
02683529414		02683529414	
NOVO PB		NOVO PB	
9C2MC35008R067639		9C2MC35008R067639	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	
HONDA/CBX 250 TWISTER		HONDA/CBX 250 TWISTER	
2 P/249 /CI		2 P/249 /CI	
1 IFVA PAGO EM 00/00/0000		1 IFVA PAGO EM 00/00/0000	
FAIXA IPV A 0		FAIXA IPV A 0	
PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		PREMIO TARIFARIO (R\$) 0	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0		CUSTO DO BILHETE (R\$) 0	
COTA ÚNICA		COTA ÚNICA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
SAO JOSE DO BONFIM DO		SAO JOSE DO BONFIM DO	
31623		31623	
21/02/2019		21/02/2019	
31054		31054	

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

SEGURO LÍDER - DPVAT
CHPJ 00.248.008/0001-03
31054-0349108-20130221

DETRAN - PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL

CPF: 2.288.466 -2 VILA

ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS

MÁRIO ARAÚJO DOS SANTOS

MARIA APARECIDA DE VASCONCELOS DOS SANTOS

RIO DE JANEIRO-RJ

CASA N. 436 FLS. 75 LIV. BB

CARTÓRIO RIO DE JANEIRO RJ

026.835.294-14

10/08/1978

DATA DE NASCIMENTO

LEI Nº 7.116 DE 1970

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÙBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

690-4

20-A

Anderson de Vasconcelos dos Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTABILIZAR EM 774

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

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
		Substancial	Comercial	Industria	Pública	
209.001.360.0532.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	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. I QUALID. ÁGUA-ANEKO 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: JUN/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 28/08/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:30:23

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
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. LET 12.741/12

VENCIMENTO: 08/09/2019

Total a Pagar: R\$ 37,91

Documentos

Pessoas do

Proprietários



Num. 30312049 - Pág. 31

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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



PROCURAÇÃO "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 Eptácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000

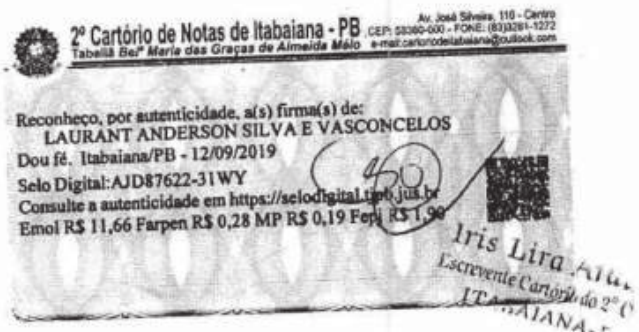
OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAURANT ANDERSON
SILVA DE VASCONCELOS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENT

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 14824394

Pag. 01547/01548 - carta_01 - INVALIDEZ

00020774





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00055/00056 - carta_31 - INVALIDEZ

00050028



Carta nº 14857277





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\$1.00 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)

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

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00050047 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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) ☐ Divorçado ☐ 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, 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 1000 127012



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. encontra-se 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. Cliente 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 DE 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Divorçado ☐ 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, ainda que, de 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 1000 127012


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

de Oliveira Nascimento





SUS  ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE: 6544996	CGC/CPF: 08.778.268/0049-05
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITAIBAIANA	
END.: AVENIDA DEPUTADO ARAÚJO PEREIRA DE LIMA, 01	
MUNICÍPIO: ITAIBAIANA	ESTADO: PARAIBA UF: 25
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA	
Nome: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	
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	Nº: 135
Bairro: CENTRO	
Município-UF - CEP - IBGE: SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445	
Telefone para contato (83) 0030-0000	CADASTRO: 2097347457
Data e Hora: 24/06/2018 17:25:29	
SSW	
PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	
Pct vítima de queda de moto na t 30km/h	
Apresenta fratura em região torácica	
Exame físico normal	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)	
RESULTADOS	
RECEPCIONISTA: TIAGO AUGUSTO	

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
1. SVP	2. SVP
3. SVP	4. SVP
CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO	<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA
<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
<input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO - descrição:	
DIAGNÓSTICO:	
ENCAMINHAMENTO:	
MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO:
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
	<input type="checkbox"/> ÓBITO
	<input type="checkbox"/> OUTROS
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:	
1- 103101106100916	
2-	
3-	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)	
MÉDICO / CNS / CRM	
CBO	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	
OU POLEGAR DIREITO	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO	
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
CARIMBO	