



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
30311 692	01/05/2020 13:00	Contestação	Contestação
30311 694	01/05/2020 13:00	2713235_CONTESTACAO_Anexo_02-compactado	Outros Documentos
30312 049	01/05/2020 13:00	2713235_CONTESTACAO_Anexo_03-compactado	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002055200000029126119>
Número do documento: 20050113002055200000029126119

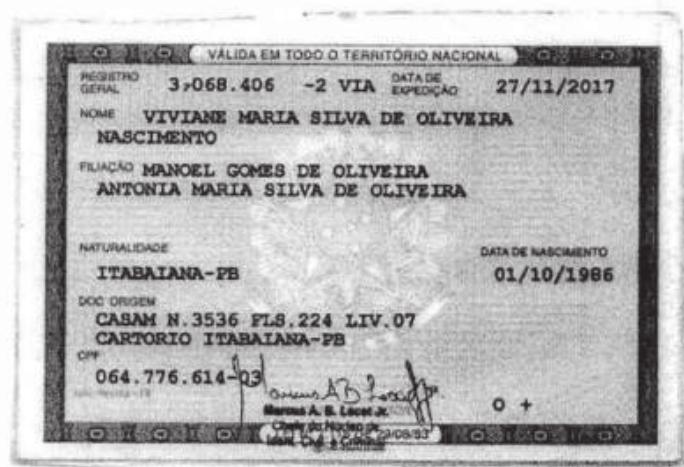
Num. 30311692 - Pág. 1



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. 1

A d vogada



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

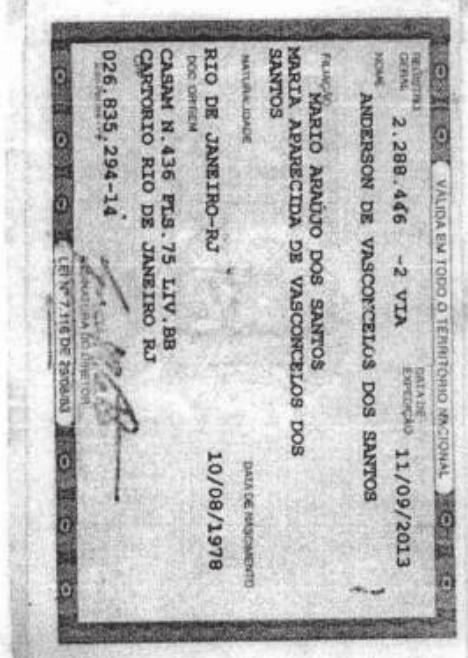
Num. 30311694 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CHAMAS

DETTRAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
PLACA	DATA	CON. REG. BEM	20180906000141 Período
ACR 1 0098263206	3/00/200000000	3	2018
NOVO			
ANDERSON DE V. DOS SANTOS			
045910031606			
02683625414	PLACA	MOV9756/PB	
PLACA ANT/UP	CLASSE	9C2HNC36008R067639	
1 NOVO	ESPECIE TIPO	APLIC	GASOLINA
FAS /MOTOCICLÉ/ NÃO APLIC		ANO/FAB.	2008
HONDA/CBX 250 TWISTER		MARCA/Modelo	2008
2 E/249 /CI		CATEGORIA	CINZA
IPVA PAGO EM		VALOR GOTA UNICA	1º VENC/COTAS
P V		PARCIALMENTO/COTAS	2º 3º
PROMO TARIFA/INSCRI		VALOR INI	DATA DE PAGAMENTO
SEGUR		PAGO	15/02/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
0			
DETTRAN			

PB N° 013913907928 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	21/02/2018	
PLACA	MOV9756/PB	
CPF (CNPJ)	02683529414	
00982637063	HONDA/CBX 250 TWISTER	
ANO/FAB.	2008	
9	9C2MC35008R057639	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FIS (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	10F (R\$)	VALOR A SER PAGO (R\$)
*****	SEGUR	PAGO
COTA UNICA	PARCELAGEM	DATA DE GATIÇÃO
		PARCELAVIDO
0		15/02/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		2102-230
CNPJ 00.248.408/0001-01		
31034-0949106-20130221		





CAGEPA		PARA CONTATO COM A EMPRESA INFORMAR ESTE NÚMERO	
		MATRÍCULA	68307454
		REFERÊNCIA	AGO/2019
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS			
ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SANTOS AV PIO GONCALVES CHAVES, 135 - CENTRO SAO JOSE DOS RAMOS PB 56339- 000			
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias
209.001.360.0532.000	000	1	0 0 0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
Y15N462108	25/02/2016	EXT LACR	LIGADO POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	PROXIMA LEITURA
111	116	5	33 27/09/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
JUL/2019	3	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUN/2019	3	TURBIDEZ	0 0 0
MAI/2019	3	CLORO	0 0 0
ABR/2019	3	COL. TERMOT	0 0 0
MAR/2019	3	COR	0 0 0
FEV/2019	4	COL.TOTAIS	0 0 0
MEDIA(m ³)	3	DADOS REFERENTES A: JUL/2019	
DATA DA IMPRESSAO: 28/08/2019		HORA DA IMPRESSAO: 10:30:23	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
		CONSUMO DE ÁGUA	
ESGOTO		5 m ³	37,91
FATURAS EM ATRASO			
REF 201906		39,05	
REF 201907		38,89	
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12			
VENCIMENTO:		Total a Pagar:	R\$ 37,91

Documentos
Pessoais de
Proprietário

MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS
SIT FUERA CERCADA, SIN - AREA RURAL
SAO JOSE DOS RAMOS/PB CEP: 58336005 (AG: 112)

Licença: MONOFÁSICO
Cia/Sec: PEG MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14-257-821-582 Referência Set / 2019
Medidor: 0008811129 Emissor: 22/09/2019

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2019 23/09/2019 23/10/2019 011.928.704-84
Início Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1679347-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: www.vacinabrasil.com.br

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data	Lectura	Data	Lectura	Consumo	Dias
23/09/19	3457	23/09/19	3514	37	32

Demonstrativo

CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Imp	Imp (R\$)	Base Cac	Par/R\$	Consumo	
0801	Consumo em kWh	37.000	0,191315	68,27	29,27	26	7,32	29,27	0,28	1,33
0801	Adc. B. Vermelha	2,13	2,73	5,53	2,13	2,13	0,00	2,13	0,12	
0804	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 08/2019	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 08/2019	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCD: Código de Classificação do item: TOTAL: 32,37 21-40 7-35 21-40 2-31 4-3

Tarifa p/ Tributos: 0,542510

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

74 30/09/2019 R\$ 32,37

Histórico de Consumo (kWh)

30	69	86	57	374	52	59	78	27	81	67	47
Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

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

Indicadores de Qualidade 7/2019 - basearia

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
5,27	0,00	NOVINAL	Genéricos ex Det. da Energisa/PB	7,95	24,65
12,54		220	Compr. de Energia	11,44	35,34
25,09	0,00	220	Exced. de Tensão/Exced.	1,19	3,68
3,45	0,00	220	Encargos Setoriais	1,20	3,71
13,70	0,00	220	Impostos Diretos e Encargos	10,56	32,62
3,71	0,00	220	Outros Encargos	0,00	0,00
12,22			Total	32,37	100,00

Valor do EU/02 (Ref. 7/2019) R\$ 20,25

ATENÇÃO

Resolução Tarifária - Vigência: 08/08/2019-18/08/2019 - R\$ 2.580 - Alta Tensão - 4,42% Médio
Resolução Tarifária - Vigência: 19/08/19-Res ANEEL nº 2.580 - Baixa Tensão - 4,23% Médio
- Letaura confirmada

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 00533.127177 5 80280000003237

PAGADOR: MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 011.928.704-84
SIT IPUEIRA CERCADA, SIN - AREA RURAL - SAO JOSE DOS RAMOS/PB CEP: 58336000

Nossa N.º	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago:
26249120006633127	001679347201909	30/09/2019	R\$ 32,37	

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.096.183/0001-40



Documentos
Pessoais
do condutor

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190558052 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE **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 **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 Epitácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000

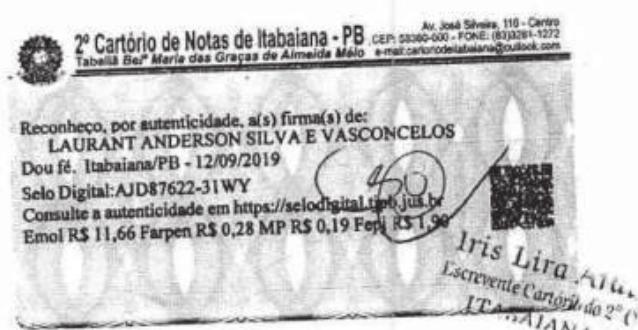
OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de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

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

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

Itabaiana- PB, 12 de setembro de 2019.

Outorgante: Laurent Anderson S. de Vasconcelos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337436/19

Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONC

CPF: 114.438.354-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: LAURANT ANDERSON
SILVA DE VASCONCELOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/09/2019

Nome: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 064.776.614-03

Data do cadastramento: 30/09/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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, contados 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



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. 10



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



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. 11



PEDIDO DE 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 (VITIMA/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 - Bairros: 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 VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 acima dito, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §19, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação da minha residência ou direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Este ato deixa claro que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivos e estritamente, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Laurent Anderson S. V. Vasconcelos

Wiane Maria Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

d Oliveira

Nasci mente

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 - 07/2012



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 N° 04/2019**, às fls. encontra-se a ocorrência n° **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 do 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 N° 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 N° 9C2MC35008R067639, COR CINZA, LICENCIADA EM NOME DE: ANDERSON DE V. DOS SANTOS; que deseja com esta certidão solicitar o SEGURO DPVAT. Nada mais disse.

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

Noticiante: Laurent Anderson Silva de Vasconcelos
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

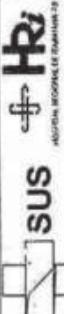
Escrivão:

APC PAULA DA COSTA PINTO
APC

Matrícula: 182.031-1

***Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



 SUS AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE: <u>6544996</u> CGC/CPF: <u>08.778.268/0009-05</u> NOME: <u>HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA</u> END.: <u>AVENIDA DEPUTADO ADALBERTO PEREIRA DE LIMA, 01</u> MUNICÍPIO: <u>ITABAIANA</u> ESTADO: <u>PARAÍBA</u> UF: <u>25</u>		PESO: <u>61</u> PA: <u>160</u> TEMP.: <u>36,5</u> <u>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</u> <u>Palor visivel</u> <u>Apresenta fundamento com projeto</u> <u>Exames</u>	
Tipo de Atendimento: <u>ATENDIMENTO DE URGENCIA</u> Nome: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Raça/Cor: <u>SEM INFORMAÇÃO</u> Dt. Nasc: <u>09/01/1999</u> Idade: <u>19 ano(s)</u> mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: <u>M</u>		Documento: <u>rg 4688351 spp pb</u> N°: <u>135</u> Endereço: <u>AV. PIO GONÇALVES CHAVES</u> Bairro: <u>CENTRO</u> Município-UF - CEP - IBGE: <u>SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445</u> Telefone para contato <u>(83) 0000-0000</u> CNS: <u>703406216499915</u> Data e Hora: <u>24/06/2018 17:25:29</u> CADASTRO: <u>2097347467</u>	
Mão: MARLI CARDOSO DA SILVA Profissão: ESTUDANTE Endereço: <u>AV. PIO GONÇALVES CHAVES</u> Bairro: <u>CENTRO</u> Município-UF - CEP - IBGE: <u>SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445</u> Telefone para contato <u>(83) 0000-0000</u> CNS: <u>703406216499915</u> Data e Hora: <u>24/06/2018 17:25:29</u>		SSVV PESO: <u>61</u> PA: <u>160</u> TEMP.: <u>36,5</u> <u>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</u> <u>Palor visivel</u> <u>Apresenta fundamento com projeto</u> <u>Exames</u>	
Mão: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Profissão: ESTUDANTE Endereço: <u>AV. PIO GONÇALVES CHAVES</u> Bairro: <u>CENTRO</u> Município-UF - CEP - IBGE: <u>SAO JOSE DOS RAMOS - PB - 58339000 - 251445</u> Telefone para contato <u>(83) 0000-0000</u> CNS: <u>703406216499915</u> Data e Hora: <u>24/06/2018 17:25:29</u>		SSVV PESO: <u>61</u> PA: <u>160</u> TEMP.: <u>36,5</u> <u>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</u> <u>Palor visivel</u> <u>Apresenta fundamento com projeto</u> <u>Exames</u>	
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 1. <u>SEOF 1-</u> 2. <u>Difenzo 1000 mg + 500 mg</u> 3. <u>SLD</u> 4. <u>clorante tecido 60</u> <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGENCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS PROCEDIMENTO - descrição: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
DIAGNÓSTICO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input checked="" type="checkbox"/> 2. APLICADA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: 1- <u>01301106100916</u> 2- <u> </u> 3- <u> </u>			
ENCAMINHAMENTOS: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S) MÉDICO / CNS / CRM: <u>CO</u> CBO: <u>CO</u> ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL CARIMBO: <u>CO</u> NOME: <u>TIAGO AUGUSTO</u> OU POLEGAR DIREITO CARIMBO: <u>CO</u> NOME: <u>TIAGO AUGUSTO</u> ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO: <u>CO</u> NOME: <u>TIAGO AUGUSTO</u> ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO: <u>CO</u> NOME: <u>TIAGO AUGUSTO</u>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
RESULTADOS <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

compravante de
Residencia

lavorant



MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO
ITABANA/PB CEP: 58300003 (AG 113)



ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA

Av. 250, Km 15 - Cidade Recôncavo - João Pessoa/PB - CEP 58071-030

Centro - COMERCIO E INDUSTRIAL - OUTROS SERVIÇOS E CULTURAS ATIVAS CEP 58071-030

Rodovia: S-110 - KM 15 - Referência: Jun/2019

Maçaneta: 20002231485 Emissão: 19/06/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N005.029.188

Cód. para DBA Automatizada: 90010340131

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.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 Int. Ed.

UC (Unidade Consumidora): 5/1034013-1

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/05/19	34253	34253	169	29
Demonstrativo				
Cód. Descrição Quantidade Tarifa (kWh) Valor Base Cac. Avg. Icms(RB) Base Cac. Paf(RB) Cofins(RB)				
0801 Consumo em kWh	198.000	0.298613	165.98	29 38.99 196.83 1.84 7.78
0501 Adm. B. Atmores			1.16	1.16 29 0.20 1.15 0.01 0.05
LANCEAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUICAO PÚBLICA	22.01	0.00	0 0.00 0.02 0.20 0.00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 179,19 157,12 29,29 157,12 1,70 7,94

Tarifa e/ou Tributos 0,671770

Média Últimas meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/06/2019 R\$ 179,13

Histórico de Consumo (kWh)

396 | 184 | 9 | 0 | 0 | 0 | 35 | 58 | 1 | 35 | 1 | 28 | 23 | 23 | 233 | 207
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade (2019 - Edição)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIS. MENSAL	0,27	0,00
DIS. TRÍESTRAL	0,95	NOMINAL
EX. MENSAL	0,08	220
EX. TRÍESTRAL	0,00	CONTRATADA
FI. MENSAL	0,00	LIMITE INFERIOR
FI. TRÍESTRAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
FI. FINAN.	0,70	220
DIS. CAC	1,22	0,00

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
2019 - 2020 - CAC - ENERGISA	35,41	21,45
2019 - 2020 - CAC - ENERGISA	54,92	32,80
Serviço de Transmissão	5,98	3,34
Estabelecimentos	0,58	0,37
Impostos Diretos e Encargos	70,82	38,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	179,19	100,00

Valor em EUROS (Ref. 4/2019) R\$179,14

ATENÇÃO

Lectura confirmada

Naturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 02995.280175 5 79340000017913

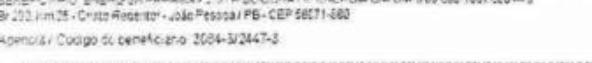
FAZENDOR: MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO - CRM/CHM: 022.134.384-14

RUA: Rua Jose Silveira, S/N - Centro - Itabaiana / PB CEP: 58300003

Residente: ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ: 09.095.183/0001-40

Br. 250, Km 15 - Cidade Recôncavo - João Pessoa/PB - CEP: 58071-030

Agência: Código do beneficiário: 2004-3/2447-3





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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064-476.614 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalididade permanente da Vítima Isaurant 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 Lider-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>Air. José Silva</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Itabaiana</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58.360-000</u>
E-mail:	<u>vivianeolivrena - pb @ hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(83) 99904-9000</u>

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

Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

Assinatura do Declarante





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 Cuidadora: 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 PARAÍBA, 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 1CBX 250 Twister Ano: 2008/2008

Placa: MOV 9756/PB Chassi: 9C2MC35008R067639

Data do Acidente: 24/06/2018

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

Anderson de Vasconcelos dos Santos
Assinatura do Declarante

Marivaldo Vasconcelos dos Santos
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REG. DAS PESSOAS NATURAIS

Respondo, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS
Data F.: São José dos Ramos/PB - 25/09/2019
Escrivente: ADRIANA MEIRE ALVES DA SILVA
Selos Digitais: AIZ14068-QNEQ
Consulta a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>
Email: R\$9,91 Fazem R\$0,29 MP R\$0,16 Faz R\$1,82




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

LAUDO N° ____ - CLÍNICA: _____

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <i>Fábio Silveira de Marcondes</i>	
	Posto ou Graduação: <i>SD EV</i>	Identidade/Org Exp: _____
	Filiação: _____	_____
	Naturalidade: _____	Data de Nascimento: <i>09/01/99</i>
	Unidade Militar: <i>16 RCMC</i>	Situação Militar: <i>Aluno</i>
	Endereço Residencial: _____	_____
Solicitado pela Seção de Perícias Médicas/HGuJP		
QUEIXA PRINCIPAL	<i>Pct vítima de acidente automobilístico.</i>	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	<i>Pct relata que estava no como passageiro do moto quando a 120km/h caiu em bueiro e foi arremessado da moto. Nega ferimento. Estava consciente. Foi removido para o trauma. Após estabilizar e exames complementares. Foi alta e após seuentrée no PA. Internado. Atualizado pela ortopedia (CAP onco)</i>	
ANTECEDENTES PESSOAIS	<i>que evitou consulta comunitária e retorno ambulatorial. segue aos cuidados da comunidade deputado.</i>	
ANTECEDENTES FAMILIARES	<i>o Negó comorbidades.</i>	
	<i>món: UAS</i>	



EXAME FÍSICO	Exanisieção: fex, MSS, m MSS. Fractura clavicular (+) em tines, poster. AV: BNF, reg. 17 11/10/00 AR: MUS em ART 11/10/00 AO: plano, flaccido	
EXAMES COMPLEMENTARES	Fractura clavicular (+) 1/3 poster. AV: BNF, reg 17	
DIAGNÓSTICOS	Fractura clavicular (+) 1/3 poster.	
PROGNÓSTICO	Seguimento ambulatorial na ortopedia e comissão de pell.	
PARECER		
JUSTIFICATIVA DO PARECER		
LOCAL E DATA	JOÃO PESSOA - PB, 28/06/18	<p>Assinatura do Profissional</p> <p>ALFÉREZIO Patrício CRM-PB 11603</p>



TERMO DE RECONHECIMENTO DE ACIDENTE

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

Eu, Sd Laurant Anderson Silva de Vasconcelos, sofri um acidente de moto, fui voltar das 17:00h hs de dia 24 de junho de 2018 no domingo quando ia na garupa da moto conduzida pelo meu Irmão, Marinaldo Vasconcelos dos Santos, que estava a mais ou menos 130 Km/h, reis cair no buraco na pista da PB 054, quando ia pra comprar gasolina no posto de combustível da cidade vizinha. Ele foi jogado onde caiu no chão quando perdeu o controle da moto, eu fui abremossoado por causa do filote, fazendo com que meu capacete soltasse, e caiu com a cabeça no asfalto, logo em seguida quis passar no telh quebrar a meu pai que veio me socorrer e me levou de para o hospital regional de Itabirana, que da lá fui removido para UTI móvel para o hospital de Teixeira em São Paulo devido as gravidades dos ferimentos, que lá fui diagnosticado com traumatiismo crônico e o corpo profundo no rosto e na cabeça, tendo alta na madrugada do mesmo dia, e no dia seguinte fui para o FIGU onde foi diagnosticado a fratura de clavicula onde estou sendo acompanhado pelo ortopedista Tenente Bother. Informo que meu acidente não aconteceu durante expediente, foi pra minha faga, e nem estava o caminho 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.





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	
Paciente:	LAURANTE ANDRADE D. VIANELLO		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente, 19 anos, vítima de bala de mato
bala 14, na traseira na região lombar,
e orientado com apresentação e sangramento
importante em região temporal (E) e
desconhecido pelo corpo.

Esplenomegalia, anemia, entorpecente.

PR - NNF SII

AC - 6100 27 BNE 33

Glasgow 15

Seção: 1º Andar - Unidade de Emergência

Medicação administrada

--	--

Encaminhamento para:

Unidade

Serviço Social

Serviço Social	
----------------	--





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 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 crâneo
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/RB

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





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

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	
BE:	1090282	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/2018

~~Fábio Araújo
Assessor Jurídico
SERVIDOR-ATENDENTE~~

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

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE
<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

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





MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM / 7º DE
HOSPITAL DE GUARDAÇÃO DE JOSÉ PESSOA



LABORATÓRIO DE ANALISE CLINICAS

Spvto.: LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS P1 - Número: 0000080806 RG: N/O INFORMADO
 Driu.: MED CIVIL D. n.: 27-06-2018 11:06 Grp.: 21 U/HGdP
 Convênio: MILITAR DA ATIVA Id.: 19 anos Dest.: L/C/HGdP

HEMATOLOGIA

HEMOGRAM:

Material: Sangue total- ERTA

Método: Automatizado: MINDRAY BC-3600

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Resultados		Valores de Ref. (máx.)
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	3,82 milhõe./mm ³	4,1 a 6,0 milhõe./mm ³
Hemoglobina	11,7 g/dL	11,5 a 16,1 g/dL
Hematócrito	34,9 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	91 fL	85,0 a 92,0 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

SÉRIE BRANCA	6.800 / μm^3 (%)	4.500 a 12.000 / μm^3 (/ μm^3)
Leucócitos		
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	63,0	4.284 40 a 70 % - 1.000 a 5.500 / μm^3
Eosinófilos	2,0	136 0,5 a 6,0 % - até 500 / μm^3
Basófilos	1,0	68 0 a 2,0 % - até 100 / μm^3
Linfócitos		
Típicos	25,0	1.700 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / μm^3
Atípicos	0	0
Monócitos	9,0	612 2,0 a 10 % - até 1.000 / μm^3
CONTAGEM DE PLACOETAS	168.000 / μm^3	150.000 a 450.000/ μm^3

Nota: Este questionário não substitui o diagnóstico de qualquer doença, sendo que os resultados podem sofrer variações em virtude de condições específicas da amostra coletada. Quaisquer conclusões dependem de aprofundamento da investigação.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1384-2881-B17F-98F9-38FD-7317-90AB-4FC1
AV. Epitacio Pessoa, 21221 - Tambauzinho Fone: (83) 2106.1722
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB (83) 2106.1769
 Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade



AB-SPCI
Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade



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

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

Número do documento: 20050113002085400000029126121

Num. 30311694 - Pág. 27



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

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS



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

BIOQUÍMICA

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

Valores de Referência:
até 10,0 mg/L

CREATININA..... 0,5 mg/dL

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

UREIA..... 13 mg/dL

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

SODIO..... 141 mmol/L

Valores de Referência:
135 a 146 mmol/L

POTASSIO..... 4,4 nmol/L

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

CALCIO..... 9,2 mg/dL

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

MAGNESIO..... 2,1 mg/dL

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

FOSFORO..... 4,1 mg/dL

Valores de Referência:
Adultos 2,5 a 4,8 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: 5270-0451-0731-0975-468E-A620-F9D8-8DFC

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
PNCQ



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. 28



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 88 - 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	Prontuário
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 4688351	Nº Crs 703406218499915		
Local de procedência SAO JOSE DOS RAMOS		Tipo MUNICÍPIO	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	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Paciente crônico de acidente muito, apresenta lesão sua região frontal, consciente e orientado, encaminhado p/ exames.				CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				Tempo 01min 03seg

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/01/1999	19a 5m 16d	Masculino	(83) 986000695
Mãe			Prontuário
MARLI CARLOS DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
PIO GONÇALVES CHAVES, 135	CENTRO	SAO JOSE DOS RAMOS	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO	10360/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
24/06/2018 19:38:25		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 as 01:00 nãoponde

Alta L dr. Suel
Alta Hospital~~Dr. Igor Nunes de Souza
MÉDICO
CRM: 5858798~~

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19a 5m 16d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988000695
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	

Anamnese

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

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

Aos cuidados das demais especialidades.

Conduta

Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

Autran da Nobrega Alves
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
1-4072-110-FACIAL
CRO-PB: 4072

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

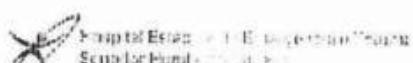
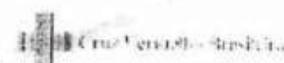


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21

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

Número do documento: 20050113002085400000029126121

Num. 30311694 - Pág. 32



AREIA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18a 5m 10d	Sexo Masculino	CNPJ 702420215499915
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986000695
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135	Bairro CENTRO	Prontuário	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLISTA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Data Entrada P. Beira 24/06/2018 21:00:18	

Anamnese

NEUROCIRURGIA

TCE, QUEDA MOTO

AO EXAME: GLASGOW 15
FERIMENTO CORTO CONTUDO PARIETAL, ESQUERDO

TC CRÂNIO NORMAL

TC COLUNA CERVICAL NORMAL

ORIENTAÇÕES

AUX. NEUROCIRURGIA

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Jr. Gustavo Cartaxo, Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS
GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

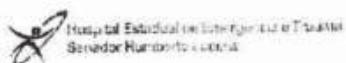
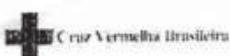
Boletim registrado por: AURINEIDE QUE ROGA DANTAS em 24/06/2018 19:38:25

72.16.0.6:8080/cvc/foaces/orrecrcpacu/controle/7&imprimir=1&dataEntidade=N&dataImprimir=&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, Sn. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	RAE	Data/hora Entrada	Data Saida
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/01/1999	19a 5m 13d	Masculino	(83) 986000695
Mãe			Printúero
MARLI CARLOS DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
PIO GONÇALVES CHAVES, 135	CENTRO	SAO JOSE DOS RAMOS	PB
Acidente	Motivo	Profissão	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA.	SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO	10360/PB
Data/Hora Classificação		Data/hora Prescrição	
24/06/2018 19:38:25		24/06/2018 19:55:10	

Anamnese
#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (DERRAPAGEM) HÁ 3 HORAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. NEGA SINCOPE, PERDA DA CONSCIENCIA E VÔMITOS. AO EXAME FISICO: VIAS AEREAIS PERVEAS, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SEM ALTERAÇÕES TORACICAS, ABDOMINAIS E PELVICOS. CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15. REALIZADO INFUSÃO DE 3000 ML DE RL.

CONDUTA:

TC DE CRÂNIO E CERVICAL

RX DE TORAX, PELVE E OMBRO ESQUERDO

USG FAST

PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO, TRES POSICOES

CID10

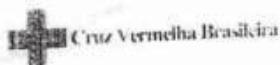
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

 SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
 (CRM: 10360/PB)

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM. JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel:
CNE: 6121221

Paciente LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS		BAE 1090262	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				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 19:58:56	

Anamnese

NEUROCIRURGIA
TCE - Queda de mo

Ao exame
Consciente, orientado e colaborativo.

Glasgow 15
Pupilas isocóricas
Sem déficit motor
Sem cervicalgia

Conduta:
TC de crânio

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

LAMBERT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

~~GUSTAVO BARTAXO PATRIOTA
(- 6800/PB)~~

Este documento foi registrado pelo(a) AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 24/06/2018 19:38:29



Data: 24/06/18 19:53
Usuário: SH. VANA SERRA
Boleto: 1090282

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

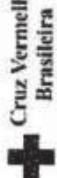
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apizamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCHIRURGIA	0,0						
2 PARECER ORTO	0,0						

24 de Junho de 2018

SH. VANA/ SH. VANIA ALVIM RIBEIRO
C.HM: 10360

Assinatura e Carambo do Profissional





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Véloc. Inf.	Pós	Aprazamento
1 TETANOGLAMMA	250,0	UI	Observação: FAZER 01 AMP, M	INTRAMUSCULAR		AGORA	

1 TETANOGLAMMA	250,0	UI	Observação: FAZER 01 AMP, M	INTRAMUSCULAR		AGORA	

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
CRM: 10360

24 de Junho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





Atendimento: 201831394244

Data Nasc: 09/01/1999 - 19 anos

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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

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

Ausencia 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





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 integros.

Articulações facetárias anatômicas.

Não há evidências de protruções discais significativas nos interespacos 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
C M NE - 7^a R M / 7^a D E
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

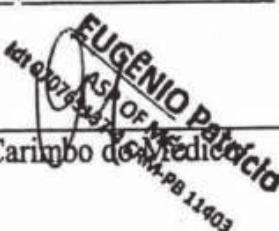
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que Laurent Sávio de Leonorville, 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 (dez) dias, a partir desta data.

JOÃO PESSOA/PB 29 / 06 / 18

Assinatura e Carimbo de Medicina



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
C M NE . 7º R M / 7º D E
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

ATESTADO MÉDICO

PARA: Laurent Silve de Marconeli.

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 casa

João Pessoa, 29/06/18


Médico



compravante a
Residência

lavorant



MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO
RUA JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO
ITABANA/PR/CEP: 58300003 (AG 113)



ENERGIA PARA BRASIL - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA

BR 250 KM 15 - Cidade Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-030

CEP: 58071-030 - COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES CNAE: 5811-001-40 - Hor. BII: 16:015:023-0

Rodovia: S-110 - KM 1100 - Referência: Jun/2019

Maquinista: 20002231485 - Emissão: 19/06/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NFE050209188

Cód. para DBA Automatizadas: 90010340131

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 | Acessar: www.energis.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

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/05/19 34265	18/06/19 34253	1	169	29

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Cac	Avg. Icms(R\$)	Base Cac. P/ Ipa	Coluna (d)			
0801	Consumo em kWh	198.000	0,029613	585,88	29	38,69	196,83	1,84	7,78	
0501	Adm. B. Amarela			1,16	1,16	29	0,20	1,13	0,01	0,05
0807	CONTROLE PÚBLICO	22,01	0,00	0	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 179,19 157,12 29,29 157,12 1,70 7,94

Tarifa e/ou Tributos 0,671170

Média Últimas meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/06/2019 R\$ 179,13

Histórico de Consumo (kWh)

396 | 184 | 9 | 0 | 0 | 35 | 58 | 35 | 28 | 23 | 23 | 233 | 207
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade (2019 - Especial)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIS. MENSAL	0,27	0,00
DIS. TRÍESTRAL	0,95	NOMINAL
EX. MENSAL	0,08	220
EX. TRÍESTRAL	0,00	CONTRATADA
FI. MENSAL	0,00	LIMITE INFERIOR
FI. TRÍESTRAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
FI. FINAN.	0,77	0,00
DIS.	1,22	

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
2019 - 2020 - CAC - ENERGIA SIA	35,41	21,45
2019 - 2020 - CAC - ENERGIA SIA - Serviço de Transmissão	54,92	30,80
2019 - 2020 - CAC - ENERGIA SIA - Encargos Básicos	5,98	3,34
2019 - 2020 - CAC - ENERGIA SIA - Impostos Diretos e Encargos	70,82	38,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	179,19	100,00

Valor em EUROS (Ref. 4/2019) R\$10,44

ATENÇÃO

Lectura confirmada

Naturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 02995.280175 5 79340000017913

FAZENDOR: MAX CHATEAUBRIAND AZEVEDO - CNPJ/CPF: 022.134.384-14

RUA: JOSE SILVEIRA, S/N - CENTRO - ITABANA/PR/CEP: 58300003

Nº do Documento: 262421200802995280 | Data de Vencimento: 28/06/2019 | Valor do Documento: R\$ 179,13 | Valor Pago:

262421200802995280 031034-013201206 28/06/2019 R\$ 179,13

SENAF-CH-PRO ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ/09 095.183/0001-40

Br 252 Km 25 - Cidade Recreio - João Pessoa/PB - CEP: 58071-030

Agência: Código do beneficiário: 2004-3/2447-3





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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064-476.614 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalididade permanente da Vítima Isaurant 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 Lider-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>Air. José Silva</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Itabaiana</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58.360-000</u>
E-mail:	<u>vivianeolivrena - pb @ hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(83) 99904-9000</u>

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

Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005011300212030000029126376>
Número do documento: 2005011300212030000029126376

Num. 30312049 - Pág. 3



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 Cuidadora: 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 PARAÍBA, 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 1CBX 250 Twister Ano: 2008/2008

Placa: MOV 9756/PB Chassi: 9C2MC35008R067639

Data do Acidente: 24/06/2018

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

Anderson de Vasconcelos dos Santos
Assinatura do Declarante

Marivaldo Vasconcelos dos Santos
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REG. DAS PESSOAS NATURAIS

Respondo, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS
Data F.: São José dos Ramos/PB - 25/09/2019
Escrevente: ADRIANA MEIRE ALVES DA SILVA
Selos Digitais: AIZ14068-QNEQ
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email: R\$9,91 Fazem R\$0,29 MP R\$0,16 Faz R\$1,82



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

LAUDO N° ____ - CLÍNICA: _____

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <i>Fáurim Silva de Moura e Melo</i>	
	Posto ou Graduação: <i>SD EV</i>	Identidade/Org Exp: _____
	Filiação: _____	
	Naturalidade: _____	Data de Nascimento: <i>09/01/99</i>
	Unidade Militar: <i>16 RCMC</i>	Situação Militar: <i>Aluno</i>
	Endereço Residencial: _____	
Solicitado pela Seção de Perícias Médicas/HGuJP		
QUEIXA PRINCIPAL	<i>Pct vítima de acidente automobilístico.</i>	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	<i>Pct relata que estava no como passageiro do moto quando a 120km/h caiu em bueiro e foi arremessado da moto. Nega ferimento. Estava consciente. Foi removido para o trauma. Após estabilizar e exames complementares. Foi alta e após seuentrée no PA. Internado. Atualizado pela ortopedia (CAP onco).</i>	
ANTECEDENTES PESSOAIS	<i>Qd Nega comorbidades.</i>	
ANTECEDENTES FAMILIARES	<i>Món: UAS</i>	



EXAME FÍSICO	<p>Exoneração: fex, MSS, m MSS Fractura clavicular (+) em tines, poster. AV: BNF, reg. 17 11/10/90 AR: MUS em AHT 11/10/90 ABD: pleno, flaccido</p>
EXAMES COMPLEMENTARES	<p>Fractura clavicular (+) 1/3 poster. AV: BNF, reg 17</p>
DIAGNÓSTICOS	<p>Fractura clavicular (+) 1/3 poster.</p>
PROGNÓSTICO	<p>Seguimento ambulatorial na ortopedia e comissão de pell.</p>
PARECER	
JUSTIFICATIVA DO PARECER	
LOCAL E DATA	<p>JOÃO PESSOA - PB, <u>28/06/18</u></p> <div data-bbox="874 1693 1187 1864"> <p>Assinatura do Profissional ALGÉNIO, Patrício 10.0106013-2 11/03/98</p> </div>



TERMO DE RECONHECIMENTO DE ACIDENTE

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

Eu, Sd Laurant Anderson Silva de Vasconcelos, sofri um acidente de moto, fui voltar das 17:00h hs de dia 24 de junho de 2018 no domingo quando ia na garupa da moto conduzida pelo meu Irmão, Marinaldo Vasconcelos dos Santos, que estava a mais ou menos 130 Km/h, reis cair no buraco na pista da PB 054, quando ia pra comprar gasolina no posto de combustível da cidade vizinha. Ele foi jogado onde caiu, grama quando perdeu o controle da moto, eu fui abremessado por cima do piloto, ficando com meu capacete soltado, e caii com a cabeça no asfalto, logo em seguida vim passar no telhado quebrar a mão direita que quebrou me socorreu meu supervisor para o hospital regional de Itabirana, que lá fui removido para UTI, mirei para o hospital de Teixeira em São Pedro de, veio os resultados dos ferimentos, que lá fui diagnosticado com traumatiismo crônico e o corpo profundo no rosto e na cabeça, tendo alta na madrugada do mesmo dia, e no dia seguinte fui para o FIGY onde foi diagnosticado a fratura de clavicula onde estou sendo acompanhado pelo ortopedista Tenente Bother. Impressiono que meu acidente não aconteceu durante expediente, foi pra minha fajga, e nem estava o caminhão 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.





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	
Paciente:	LAURANTE ANDRADE D. VIANELLO		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente, 19 anos, vítima de bala de mato
bala 14, na cabeça na região bucal,
e orientado com pronostico de sangramento
importante em região temporal (E) e
desconhecido pelo corpo.

Esplenomegalia, anemia.

PR - NNF SII

AC - 6100 27 BPF 33

Glasgow 15

Seção: 1º Andar - Unidade de Emergência

Medicação administrada

--	--

Encaminhamento para:

Unidade

Serviço Social



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 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 crâneo
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/RB

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





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

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	
BE:	1090282	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/06/2018

~~Fábio Araújo~~
~~Assessor Jurídico~~
~~SERVIDOR-ATENDENTE~~

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

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE

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

TELEFONE: 3216-5760

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



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM / 7º DE
HOSPITAL DE GUARDAÇÃO DE JOSÉ PESSOA



LABORATÓRIO DE ANALISE CLÍNICAS

Spvto.: LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS P1 - Número: 0000080806 RG: N/O INFORMADO
Driu.: MED CIVIL D. n.: 27-06-2018 11:06 Grp.: 21 U/HGdP
Convênio: MILITAR DA ATIVA Id.: 19 anos Dest.: L/C/HGdP

HEMATOLOGIA

HEMOGRAM:

Material: Sangue total- ERTA

Método: Automatizado: MINDRAY BC-3600

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

		Resultados	Valores de Ref. (máx.)
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3,82 milhõe./mm ³	4,1 a 6,0 milhõe./mm ³	
Hemoglobina	11,7 g/dL	11,5 a 16,1 g/dL	
Hematócrito	34,9 %	40,0 a 52,5 %	
V.C.M.	91 fL	85,0 a 92,0 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 %	Incidose : 11,5 a 15,0 %	

SÉRIE BRANCA

SÉRIE BRANCA	6.800 / μm^3 (%)	4.500 a 12.000 / μm^3 (/ μm^3)
Leucócitos		
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	63,0	4.284 40 a 70 % - 1.000 a 5.500 / μm^3
Eosinófilos	2,0	136 0,5 a 6,0 % - até 500 / μm^3
Basófilos	1,0	68 0 a 2,0 % - até 100 / μm^3
Linfócitos		
Típicos	25,0	1.700 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / μm^3
Atípicos	0	0
Monócitos	9,0	612 2,0 a 10 % - até 1.000 / μm^3
CONTAGEM DE PLACOETAS	168.000 / μm^3	150.000 a 450.000/ μm^3

Nota: Este questionário não substitui o diagnóstico de qualquer doença, sendo que os resultados podem sofrer variações em virtude de condições específicas da amostra coletada. Quaisquer conclusões dependem de aprofundamento da investigação.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1384-2881-B17F-98F9-38FD-7317-90AB-4FC1
AV. Epitacio Pessoa, 21221 - Tambauzinho Fone: (83) 2106.1722
CEP: 58.030-000 - João Pessoa - PB (83) 2106.1769
 Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade



AB-SPCI



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005011300212030000029126376>
Número do documento: 2005011300212030000029126376

Núm. 30312049 - Pág. 12



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

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS



Nome: LOURAN ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS Protocolo: 0000080808 RG: NÃO INFORMADO
Data: 27-06-2018 11:06 Origem: UHIGuP
Convênio: MILITAR DA ATIVA Idade: 19 anos Destino: LAC/HGuP

BIOQUÍMICA

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

Valores de Referência:
até 10,0 mg/L

CREATININA..... 0,5 mg/dL

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

UREIA..... 13 mg/dL

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

SODIO..... 141 mmol/L

Valores de Referência:
135 a 146 mmol/L

POTASSIO..... 4,4 nmol/L

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

CALCIO..... 9,2 mg/dL

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

MAGNESIO..... 2,1 mg/dL

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

FOSFORO..... 4,1 mg/dL

Valores de Referência:
Adultos 2,5 a 4,8 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: 5270-0451-0731-0975-468E-A620-F9D8-8DFC

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
PNCQ





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 88 - 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	Prontuário
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 4688351	Nº Crs 703406218499915		
Local de procedência SAO JOSE DOS RAMOS		Tipo MUNICÍPIO	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	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Paciente crônico de acidente muito, apresenta lesão sua região frontal, consciente e orientado, encaminhado p/ exames.				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 Lucena

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/01/1999	19a 5m 16d	Masculino	(83) 986000695
Mãe			Prontuário
MARLI CARLOS DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
PIO GONÇALVES CHAVES, 135	CENTRO	SAO JOSE DOS RAMOS	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO	10360/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
24/06/2018 19:38:25		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 as 01:00 nãoponde

Alta L dr. Suel
Alta Hospital~~Dr. Igor Nunes de Souza
MÉDICO
CRM: 5858798~~

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

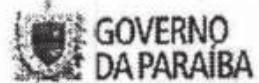
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050113002120300000029126376

Número do documento: 20050113002120300000029126376

Num. 30312049 - Pág. 16



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19a 5m 16d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988000695
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	

Anamnese

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

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

Aos cuidados das demais especialidades.

Conduta

Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

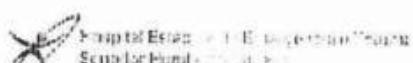
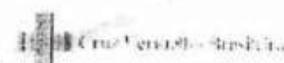
Autran da Nobrega Alves
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
1-4072-4072-FACIAL
CRO-PB: 4072

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



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. 17



AREIA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS	1090282	24/06/2018 19:38:25	
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18a 5m 10d	Sexo Masculino	CNPJ 702420215499915
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986000695
Endereço PIO GONÇALVES CHAVES, 135	Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	Prontuário UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLISTA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Data Entrada P. Encalço 24/06/2018 21:00:18	

Anamnese

NEUROCIRURGIA

TCE, QUEDA MOTO

AO EXAME: GLASGOW 15
FERIMENTO CORTO CONTUDO PARIETAL, ESQUERDO

TC CRÂNIO NORMAL

TC COLUNA CERVICAL NORMAL

ORIENTAÇÕES

AUX. NEUROCIRURGIA

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

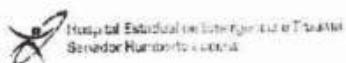
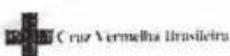
Jr. Gustavo Cartaxo, Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

Boletim registrado por: AURINEIDE QUE ROGA DANTAS em 24/06/2018 19:38:25

72.16.0.6:8080/cvc/boaces/orescription?controler=7&imprimir=1&dataEntidade=N&dataImprimir=&id=320931&pesquisa=S&po...


CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOÃO 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 Saída
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 19a 5m 13d	Sexo Masculino	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.	Profissão SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO	Nº Cons. Regional 10360/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 19:38:25		Data/Hora Prescrição 24/06/2018 19:55:10	

Anamnese
#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (DERRAPAGEM) HÁ 3 HORAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. NEGA SINCOPE, PERDA DA CONSCIENCIA E VÔMITOS. AO EXAME FISICO: VIAS AEREAIS PERVEAS, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SEM ALTERAÇÕES TORACICAS, ABDOMINAIS E PELVICOS. CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15. REALIZADO INFUSÃO DE 3000 ML DE RL.

CONDUTA:

TC DE CRÂNIO E CERVICAL

RX DE TORAX, PELVE E OMBRO ESQUERDO

USG FAST

PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO, TRES POSICOES

CID10

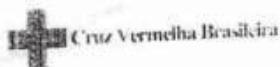
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

 SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
(CRM: 10360/PB)

AREA 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	Telefone de Contato (83) 986000695
Mãe MARLI CARLOS DA SILVA			Prontuário
Endereço PIO GONCALVES 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 19:58:56	

Anamnese

NEUROCIRURGIA
TCE - Queda de moto

Ao exame
Consciente, orientado e colaborativo.

Glasgow 15

Pupilas isocôricas

Sem déficit motor

Sem cervicalgia

Conduta:
TC de crânio

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado
Conduta	
Em observação	

LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
Crm-PB 6800
GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

Data: 24/06/18 19:53
Usuário: SH. VANA SERRA
Boleto: 1090282

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

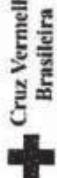
Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aplicamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCHIRURGIA	0,0						
2 PARECER ORTO	0,0						

24 de Junho de 2018

SH. VANA S. FELIPE ALVIM RIBEIRO
CRM: 11366

Assinatura e Carambo do Profissional





PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Véloc. Inf.	Pós	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1 TETANO GAMMA	250,0	UI	Observação: FAZER 01 AMP, M	INTRAMUSCULAR		AGORA	
----------------	-------	----	-----------------------------	---------------	--	-------	--

24 de Junho de 2018

SILVANA SERRA ALVIM RIBEIRO
CRM: 10360

Assinatura e Carimbo do Profissional



Atendimento: 201831394244

Data Nasc: 09/01/1999 - 19 anos

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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

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

Ausencia 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





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 integros.

Articulações facetárias anatômicas.

Não há evidências de protrusões discais significativas nos interespacos 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
C M NE - 7^a R M / 7^a D E
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

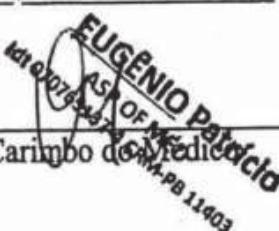
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que Laurent Sávio de Leonorville, 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 (dez) dias, a partir desta data.

JOÃO PESSOA/PB 29 / 06 / 18

Assinatura e Carimbo de Medicina



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
C M NE . 7º R M / 7º D E
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

ATESTADO MÉDICO

PARA: Laurent Silve de Marconeli.

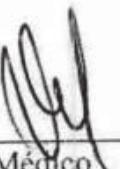
Convém dispensar do serviço.

por 15 (Quinze) dias para tratamento
de saúde.

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

Em casa

João Pessoa, 29/06/18


Médico





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

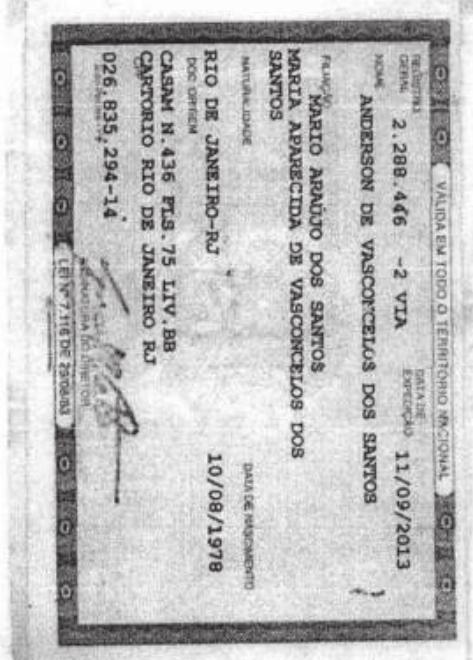
Num. 30312049 - Pág. 27

A d vogada



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. 28



CAGEPA		PARA CONTATO COM A EMPRESA INFORMAR DIRETAMENTE																																																																																					
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jequatiba João Pessoa - PB CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87		MATRÍCULA 68307454																																																																																					
RELAÇÃO DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS		REFERÊNCIA AGO/2019																																																																																					
ANDERSON DE VASCONCELOS DOS SA AV PIO GONCALVES CHAVES, 135 - CENTRO SAO JOSE DOS RAMOS PB 56339- 000																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th>209.001.360.0532.000</th> <th>000</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td>Situação Esgoto</td> <td>POTENCIAL</td> </tr> <tr> <td>Y15N462108</td> <td>25/02/2016</td> <td>EXT LACR</td> <td>LIGADO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTERIOR</td> <td>ATUAL</td> <td>CONSUMO (m³)</td> <td>NUM DE DIAS</td> <td>PROXIMA LEITURA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td>116</td> <td>5</td> <td>33</td> <td>27/09/2019</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.</td> </tr> <tr> <td>JUL/2019</td> <td>3</td> <td>PARAMETROS EXIG.</td> <td>ANALIS.</td> <td colspan="2">CONFORMES</td> </tr> <tr> <td>JUN/2019</td> <td>3</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MAI/2019</td> <td>3</td> <td>CLORO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ABR/2019</td> <td>3</td> <td>COL. TERMOT</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MAR/2019</td> <td>3</td> <td>COR</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>FEV/2019</td> <td>4</td> <td>COL.TOTAIS</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MEDIA(M)</td> <td>3</td> <td colspan="4">DADOS REFERENTES A: JUL/2019</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável	209.001.360.0532.000	000	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL	Y15N462108	25/02/2016	EXT LACR	LIGADO			ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		111	116	5	33	27/09/2019		HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						JUL/2019	3	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		JUN/2019	3	TURBIDEZ	0	0	0	MAI/2019	3	CLORO	0	0	0	ABR/2019	3	COL. TERMOT	0	0	0	MAR/2019	3	COR	0	0	0	FEV/2019	4	COL.TOTAIS	0	0	0	MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: JUL/2019			
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																																																																																		
209.001.360.0532.000	000	1	0	0	0																																																																																		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL																																																																																		
Y15N462108	25/02/2016	EXT LACR	LIGADO																																																																																				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA																																																																																			
111	116	5	33	27/09/2019																																																																																			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.																																																																																							
JUL/2019	3	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES																																																																																			
JUN/2019	3	TURBIDEZ	0	0	0																																																																																		
MAI/2019	3	CLORO	0	0	0																																																																																		
ABR/2019	3	COL. TERMOT	0	0	0																																																																																		
MAR/2019	3	COR	0	0	0																																																																																		
FEV/2019	4	COL.TOTAIS	0	0	0																																																																																		
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: JUL/2019																																																																																					
DATA DA IMPRESSÃO: 28/08/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:30:23																																																																																					
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)																																																																																				
ÁGUA		RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																																																					
		CONSUMO DE ÁGUA																																																																																					
ESGOTO		5 m ³	37,91																																																																																				
FATURAS EM ATRASO																																																																																							
REF 201906		39,05																																																																																					
REF 201907		38,89																																																																																					
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12																																																																																							
VENCIMENTO:		Total a Pagar:	R\$ 37,91																																																																																				

Documentos
Pessoais de
Proprietário

MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS
SIT FUERA CERCADA, SIN - AREA RURAL
SAO JOSE DOS RAMOS/PB CEP: 58336005 (AG: 113)

Licença: MONOFÁSICO
Cia/Sec: PEG MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14-257-821-582
Medidor: 0009811129
Referência: Set / 2019
Emissor: 22/09/2019

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2019 23/09/2019 23/10/2019 011.928.704-84
Ind: Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1679347-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Siga nas mídias sociais: gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
22/09/19	3457	23/09/19	3514	
Demonstrativo				
CGF Detrimento	Quantidade Tarifa U. Tarifa Base Cál. Ajuste (R\$) Base Cál. Faz (R\$) Consumo (R\$)			
0801 Consumo em kWh	37.000 0,791315 26,27 29,27 26 7,32 29,27 0,28 1,33			
0801 Adc. B. Vermelha	2,13 2,73-26 0,53 2,13 0,00 0,12			
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 08/2019	0,19 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0805 MULTA 08/2019	0,81 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCD: Código de Classificação do item: TOTAL 31,37 21,40 7,35 21,40 0,31 43
Tarifa p/ Tributos 0,542510

VENCIMENTO 30/09/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 32,37

Histórico de Consumo (kWh)
30 | 69 | 86 | 57 | 374 | 52 | 59 | 70 | 27 | 81 | 67 | 47
Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/18 Jan/19 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/19

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

Indicadores de Qualidade		Compreender seu Consumo		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIS MENSAL	8,27	0,00	Genéricos ex Det. da Energisa/PB	7,95 24,65
DIS TRIMESTRAL	12,54	NOVINAL 220	Compr. de Energia	11,44 32,34
DIS ANUAL	25,09		Exced. de Tensão/Exced.	1,19 3,68
FIC MENSAL	2,44	0,00	Encargos Setoriais	1,20 2,71
FIC TRIMESTRAL	3,46	CONTRATAC.	Impostos Diretos e Encargos	10,56 32,62
FIC ANUAL	13,70	ESTATE APER.	Outros Encargos	0,00 0,00
DIRE	3,71	ESTATE SUPERIOR	Total	32,37 100,00
DISCI	12,22	220		

ATENÇÃO
Resolução Tarifária - Vigência: 08/05/19 - 08/05/2020 - R\$ 2.580 - Alta Tensão - 4,42% Médio
Resolução Tarifária - Vigência: 28/05/19 - Res. ANEEL nº 2.580 - Baixa Tensão - 4,23% Médio
- Litura confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 Cu 533.127177 5 80280000003237

PAGADOR: MARIVALDO VASCONCELOS DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 011.928.704-84
SIT FUERA CERCADA, SIN - AREA RURAL - SAO JOSE DOS RAMOS/PB CEP: 58336000

Nosso N. N. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago
26249120006633127 001679347201909 30/09/2019 R\$ 32,37

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.096.183/0001-40



Documentos
Pessoais
do condutor

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190558052 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE **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 **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 Epitácio Pessoa, 140, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000

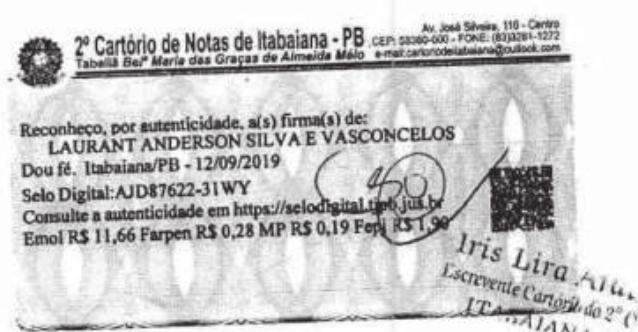
OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de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

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

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

Itabaiana- PB, 12 de setembro de 2019.

Outorgante: Laurent Anderson S. de Vasconcelos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337436/19

Vítima: LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONC

CPF: 114.438.354-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: LAURANT ANDERSON
SILVA DE VASCONCELOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/09/2019

Nome: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 064.776.614-03

Data do cadastramento: 30/09/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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, contados 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



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. 36



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



Carta nº 14857277



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 13:00:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005011300212030000029126376>
Número do documento: 2005011300212030000029126376

Num. 30312049 - Pág. 37



PEDIDO DE 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 (VITIMA/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 - Bairros: CENTRO
12 - Cidade: ITABAIANA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.360-000	15 - E-mail: 83 99904-9000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 acima dito, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §19, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação da minha residência ou direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Este ato deixa claro que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivos e estritamente, 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.

Lei
de
di-
vita
ben-
não

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Laurent Anderson S. V. Vasconcelos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wiane Maria Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

d Oliveira

Nasci mente

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 - 07/2012





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 N° 04/2019**, às fls. ~~encontrada~~ a ocorrência n° **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 N° 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 N° 9C2MC35008R067639, COR CINZA, LICENCIADA EM NOME DE: ANDERSON DE V. DOS SANTOS; que deseja com esta certidão solicitar o SEGURO DPVAT. Nada mais disse.

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

Noticiante: Laurent Anderson Silva de Vasconcelos
LAURANT ANDERSON SILVA DE VASCONCELOS

Escrivão:

APC PAULA DA COSTA PINTO
APC

Matrícula: 182.031-1

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa se o documento é particular.





PEDIDO DE 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 (VITIMA/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 - Bairros: 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 VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação da minha residência ou direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer/vo/nascer?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

34 - Vítima pais/avós vivos?

Este ato deixa claro que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivos, estritamente, 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.

NAO ALFABETIZADO

Indivíduo
vítima na
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Laurent Anderson S. V. Vasconcelos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wiane Maria Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

d Oliveira

Nasci mente

