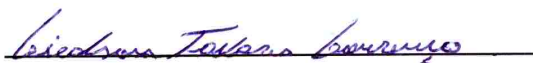


PROCURAÇÃO

LIEDSON TAVARES LOURENÇO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade RG nº 3.854.321, inscrito no CPF sob o nº 110.122.174-77, residente e domiciliado na Rua Senhor do Bom Fim, s/n, Sítio Camaratuba, Mamanguape/PB, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)s outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)s outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: LIEDSON TAVARES LOURENÇO.**

João Pessoa/PB, 06 de abril de 2018.



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, advogada, inscrita na OAB/PB 14.409, **KARLA JEANNE BRAZ FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 102.242.994-92, inscrita na OAB/PB 24.584, todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

FÁBIO ANTÉRIO
OAB/PB nº 10.202





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.854.321 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/05/2010

NOME LIEDSON TAVARES LOURENÇO

FILIAÇÃO PEDRO MARCOLINO LOURENÇO
MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 27/08/1993

DOC ORIGEM NASC.N.2870 FLS.92V LIV.A04

CPF CARTORIO MAMANGUAPE PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 003.939.845



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

TEREZINHA TAVARES MONTEIRO
RUA SENHOR DO BONFIM 31
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/293263-0

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

22/03/2018

CONSUMO

61

VENCIMENTO

29/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,53

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

TEREZINHA TAVARES MONTEIRO

Roteiro: 13-014-179-4880

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/03/2018

VENCIMENTO

29/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,53

MATRÍCULA

293263-2018- 03-4



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235327400000025652032>

Número do documento: 19112709235327400000025652032

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **LIEDSON TAVARES LOURENÇO**, RG nº 3854321, SSP / PB, CPF nº 110.122.174-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua / Avenida / Praça)	RUA SENHOR DO BONFIM
Número	31
Apto. / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL – DISTRITO CAMARATUBA
Cidade	MAMANGUAPE
Estado	PB
CEP	58.280-000
Telefone de Contato	(83) 3662-1037

Por ser verdade, firmo-me, sob as penas da lei.

Local e data: Mamanguape/PB, 25 de maio de 2018.

Assinatura do Declarante:







CÓDIGO DE CONTROLE
46C4.B087.502D.2202

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:36 do dia 09/07/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

163.65373.63-6

NÚMERO

7242962

SÉRIE

0030

UF

PB

Lirida Macêdo

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



LIEDSON TAVARES LOURENÇO

FILIAÇÃO.....: PEDRO MARCOLINO LOURENÇO
 MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO
 SEXO: MASCULINO
 NASCIMENTO.....: 27/08/1993
 ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: MAMANGUAPE - PB
 DOCUMENTO.....: C. I. 3954321 06/05/2010 SSDS PB
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
 CPF.....: 110.122.174-77 CNH.....:
 TIT. ELEITOR: 041267431252 SEÇÃO: 0101 ZONA: 007
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 14/06/2011

Superintendente Regional de Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....
 DATA DE NASC. DE / / PARA / /
 DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....
 DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....
 DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....
 DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

L E G E N D A
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH		DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO		HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO					
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO					

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ: 04.706.576/0001-20

PRO-FE - Empreendimentos
Agropastoril S/A.
Fazenda Manibó II, s/n
Zona Rural - Cep: 58.297-000
Rio Tinto-PB
Esp. do Estabelecimento: *Qualif. Sum. Acares*
Cargo: *Trab. Rural*
CBO Nº: *69910*

DATA DE ADMISSÃO 01 DE Setembro DE 11
REGISTRO Nº FLS./FICHA Em ch
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA Galvão et nino
Local
"PJ-FF Empreendimentos Proprietários" S/A
ASS. DO TRABALHO - C/PA A ROLLO E TESTEMUNHA
1º Depo Pessoal

DATA DE SAÍDA... 06 DE FEVEREIRO DE 1982

ASS. DO PARQUE DE ESTADOS 3/6

BOGO 7 TESTEMUNHA

Depoimento Pessoal

COM. DISPENSA CD Nº

FCTS Nº DA CONTA:



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

GILVAN CELSO C. DE M. SOBRINHO E OUTROS
FAZ MIRIKI Nr.000001
SANTA RITA - PB CNPJ 003688011/181
Esp. estabelecimento CULTIVO DE CANA-DE-ACUAR
CAROLU IKABALHABUR KUKAL CBO 622110 01-004491

Data Admissão 20 de Agosto de 2012
Registro No. 005197 Fis./Ficha 005197
Remuneração R\$ 632,00 (SEISCENTOS E TRINTA E DOIS
REAIS) POR Mês

01-004491

Gilvan C.C. de M. Sobrinho e Outros

Joilson da Silva Bezerra
Analista de Pessoal
CPF: 982.513.684-72

DATA DE SAÍDA 28 DE Setembro DE 2013

Gilvan C.C. de M. Sobrinho e Outros

Joilson da Silva Bezerra
Analista de Pessoal
CPF: 982.513.684-72

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CORTEZ ENGENHARIA LTDA.

CGO/CPF/CE

ENDEREÇO

Rua Tomas Acioly, Nº 1122

Dionisio Torres - Fortaleza - CE

MUNICÍPIO

CEP: 60.135-180

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO AUX. DE ALMOXARIFE

CBO Nº 4.147-05

DATA DE ADMISSÃO 05 DE Junho DE 2013

REGISTRO Nº 5861 FIS./FICHA 5861

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 950,50 (NOVECENTOS E CINQUENTA REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).

CORTEZ ENGENHARIA LTDA

Joilson da Silva Nascimento

DATA DE SAÍDA 28 DE Setembro DE 2013

CORTEZ ENGENHARIA LTDA

Joilson da Silva Nascimento

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

09



CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ: 04.706.576/0001-20
PRO-FE - Empreendimentos

EMPREGADOR: Agropastoril S/A
Fazenda Manibú II - S/N
Zona Rural - CEP: 58.297-000
ENDEREÇO: RIO TINTO - PB
MUNICÍPIO: CURT. CANA DEUCOR
ESP. DO ESTABELECIMENTO: CBO Nº 622110

DATA DE ADMISSÃO: 14 DE OUTUBRO DE 2013
REGISTRO Nº: FLS / FICHA: FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: SALARIO
MINIMO LEGAL

DATA DE SAÍDA: 19 DE MARÇO DE 2014
COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA
C.G.C.: 04.691.042/0001-77
Endereco: END FAZ JUREMA SN
Contrato: SAFRA
Estabelec: Agricola
Setor: Empresa Campo Aleg
Cargo: Trab cult cana-de-
CBO: 622110
Admissao: 10/09/2014 06154
Remunerac: SAL. MINIMO LEGAL

REGISTRO Nº: FLS / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA
DATA DE SAÍDA: 24 DE JANEIRO DE 2015

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR
Empregador: PROFE EMPREENDE AGR
OPASTORIL SA
C.G.C.....: 04.706.576/0001-20
Endereço...: FAZ MANIBU II
Contrato...: safra
Estabelec...: Agrícola
Setor.....: CAMPO
Cargo.....: Trab cultura de ca
CBO.....: 622110
Admissão...: 26/01/2015 54152
Remunerac.: SAL. MINIMO LEGAL

PROFE Empreendimentos Agrícolas SA
ASS. DO EMPREGADOR OU APOIADO TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA... 03 DE Maio DE 2015

PROFE Empreendimentos Agrícolas SA
ASS. DO EMPREGADOR OU APOIADO TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

12

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: MECANIZACAO BOA FE PREST DE
SERV LTDA
CNPJ/CPF/CEI: 04.528.481/0001-63
Endereço: CRISTOVÃO DE SOUZA LEÃO 2, 1º
ANDAR SALA 7, NOSSA SENHORA DO O
Município: IPOJUCA UF: PE
Esp. do estabelecimento: AGRICOLA

Cargo: SERVENTE SERV GERAIS

CBO Nº: 622020

Data de admissão: 01 de Abril de 2015

Registro Nº: 150

Fls./Ficha:

Remuneração especificada: R\$ 788,00
(setecentos e oitenta e oito reais) por
mês.

Mecanização Boa Fé
Prestadora de Serviços Ltda

DATA DE SAÍDA... 23 DE Outubro DE 2015

Mecanização Boa Fé
Prestadora de Serviços Ltda

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

13



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA
C.G.C.: 04.691.042/0001-77
Endereco: END FAZ JUREMA SN
Contrato: SAFRA
Estabelec.: Agricola
Setor: Empresa Campo Aleg
Cargo: Trab cult cana-de-
CBO: 622110
Admissao: 15/08/2017 18774
Remunerac.: SAL. MINIMO LEGAL

DATA DE ADMISSÃO: DE DE DE

REGISTRO Nº: FLS / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.200,00

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO Q TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA: 12 DE Dezembro DE 14

CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO Q TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

14

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO Q TESTEMUNHA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO Q TESTEMUNHA

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

15



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE / / A / /
PERÍODO ASSINATURA DO IMPRESSOR

DE / / A / /
PERÍODO
ASSINATURA DO IMPRETIJADOR

DE / / A / /
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE/...../..... A/...../.....
PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR.....

DE/...../..... A/...../.....
PERÍODO: ASSINATURA DO EMPREGADOR:

DE/...../..... A/...../.....
PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR.....

20

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

F.G.T.S: 01.09.2011

Lower - E. Federal

матрица блочная - РБ

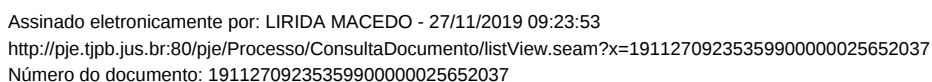
200.000 Emergency Grants Agreement 5/1

Depthy Pessoa!

000

PIS: 129.397.584.43

21



ANOTAÇÕES GERAIS

Contrato de Experiência

Admitido por contrato de experiência pelo prazo de 45 dias prorrogável por mais 45 dias, podendo o acordo ser rescindido por qualquer das partes antes do término do prazo estabelecido independente de indenização de aviso prévio conforme legislação trabalhista.

Santa Rita/PB 20/08/2012

Gilvan C. de M. Sobrinho e Outros

Josson da Silva Bezerra
Analista de Pessoal
CPF: 982.513.684-72

22

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

Admitido por contrato de experiência no prazo de 30 dias podendo ser prorrogado ou rescindido conforme ART 479 CLT.

Fortaleza 03/06/13

CORTEZ ENGENHARIA LTDA

Selo Pessoal

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL R\$ 31,68

A FAVOR DE SINTRACOMP EM 2013

Erika Maria da Silva Nascimento
Assistente de DP
CPF: 087.842.654-67

A data do último dia efetivamente trabalhado foi 30/08/13

CORTEZ ENGENHARIA LTDA
Erika Maria da Silva Nascimento
Assistente de DP
CPF: 087.842.654-67

23



ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

F.G.F.S. 14.10.2013
CAIXA 8 FEDERAL
MAMANGUAPE PB

PRO-FE Empreendimentos Proprietários S.A.

[Signature]

FGTS 10-09-14
CAIXA 8. Federal
Mamanguape PB

CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA

[Signature]

24

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

F.G.F.S. 26.01.2015
L. E. Federal
Mamanguape PB

PRO-FE - Empreendimentos Proprietários S.A.

Dep: *[Signature]*

FGTS 15.08.17
B. B. F.
Mamanguape PB

CAMPO ALEGRE AGRICULTURA E COMERCIO LTDA

[Signature]

25





CRUZ VERMELHA
BRASIL

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Liedson Tavares Lourenço</u>			Registro: <u>982411</u>		
Idade: <u>23</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica: <u>CTD-114</u>	Enf: <u>05</u>	Leito: <u>01</u>
Data de admissão: <u>20.02.2017</u>			Data da alta: <u>11.03.17</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura Complexa de mandíbula</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura Complexa de mandíbula</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame clínico + TC</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>08.03.17 - Cirurgia de Redução + Fixação de Fratura complexa de mandíbula</u>					
<u>Dr. Patrício Oliveira</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (☒) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente com fratura de mandíbula, foi submetido a procedimento cirúrgico após redução de fratura. Evoluiu em 1969, sem episódios febris, sem diátese oportuna e aceitando bem a dieta proposta, com sutura em posição sem sinais de sangramento e infecção.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>pastosa</u>					
Repouso:					
relativo em casa por, <u>07</u> dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>15</u> dias e com maior em, <u>20</u> dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena					
Medicações para casa: <u>Cefalexina + Ibuprofeno + Dipirona + Flutran</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11</u> de <u>03</u> de <u>2017</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Liedson Tavares Lourenço
DATA DE NASCIMENTO	27/08/93
NOME DA MÃE	Maria das Dores Tavares Monteiro

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	100538
BOLETIM DE ENTRADA N.º	982411
DATA DO ATENDIMENTO	20/02/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de mandíbula
CID 10	S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma facial, refere vômito e tontura, apresenta edema e equimose periorbital. D, edema em terço inferior da face, glasgow 15, sem déficit. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face

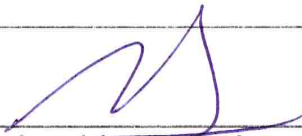
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologias Neurocirúrgicas. Fratura bilateral de mandíbula

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula com fixação

ALTA HOSPITALAR:	11/03/17
DATA DA EMISSÃO:	28/04/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 982411



Identificação do paciente

ID 1142542	Nome LIEDSON TAVARES LOURENCO	Sexo Masculino
Data de nascimento 27/09/1993	Idade 23 anos 5 meses 24 dias	Estado civil
Mãe MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987449886	DDD Fixo 83
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo 36621067
Local de procedência MATARACA	Nº Cns	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R
Endereço		
CEP	Município de residência	UF
Número SM	Complemento	Logradouro
		Bairro

Admissão

Data e Hora 20/02/2017 18:37:44	Número da pulseira 1000004273553	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X MOTO
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

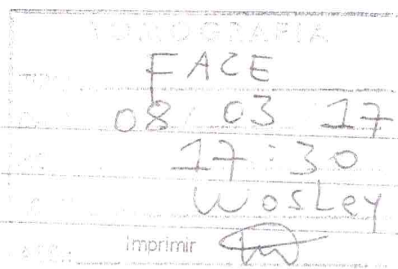
Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA



Compl. exame manual

08/03
de
17:30
Wosley

Tempo
02min 04seg

Imprimir

20/02/2017 18:37



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235377300000025652038

Número do documento: 19112709235377300000025652038



GOVERNO
DA PARAIBA

Boletim de Atendimento: 982411



ID 1142542		Nome LIEDSON TAVARES LOURENCO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/08/1993		Idade 23 anos 5 meses 24 dias		Estado civil	
Mãe MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO		Religião		Prontuário	
Escolaridade		Pai NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83		Fone Móvel 987449886		DDD Fixo 83	
Tipo documento		Número documento		Fone Fixo 36621067	
Local de procedência MATARACA		Nº Cns		UF PB	
Email		Naturalidade		Tipo MUNICÍPIO	
Endereço		CBO/R		UF PB	
CEP		Município de residência		UF	
Número SM		Complemento		Logradouro	
Admissão		Bairro			
Data e Hora 20/02/2017 18:37:44		Número da pulseira 1000004273553		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica			
Classificação de risco					
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Origem do paciente RUA	
Indicadores e Transporte		Detalhe do acidente MOTO X MOTO			
Caso policial Não		Plano de saúde Não		Veio de ambulância Não	
Meio de transporte AMU		Quem transportou		Trauma Não	
Sinais Vitais					
Pressão X mmHg		Pulso		Temperatura	
Exames complementares					
Exame X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []					

Datos clínicos

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

interim

Tempo
02min 04sec



20/02/17

20.40

Pres.P:

Acidente vítima de acidente motociclistico.

No momento em EGR, úlcera, supúrculo, hiperemia +/4+

FC: 84 bpm. Reflexo ventral + fontana.

EF: Edema e exantema periorbital D (+/4+)

edema de 1/2 inferior de face (+/4+)

Herida aberta anterior. Sem hemorragia ativa em face (em intra bucal)

No momento.

T.C. Fratura da base de mandíbula

ED: Sólido do HCR

Montado em CDS.



Dr. Claudio Nunes Ribeiro Neto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
DTM e Dor Orofacial
CRC-PB 3057

Neurocirurgia - 20.02.17 - 23:15h

Acidente de moto
com TCE e Trauma de face,
envolvendo com muita dor em
mandíbula

DETH. HANGIO

GLMIS

SEM DEFECT

TC CRÂNIO: NÃO

FACE: MÚLTIPLOS FRATURAS DE FACE

CA: FIM DE NEUROCIRURGIA

Dr. Claudio Nunes Ribeiro Neto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
DTM e Dor Orofacial
CRC-PB 3057





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



1000004273553 BE.: 982411
LIEDSON TAVARES LOURENÇO
DT. NASC.: 27/08/1993
MAE: MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO

AValiação DE ENFERMAGEM

B.E./PROI

NOME DO PACIENTE:

END.:
N. SN -

FONE: (83) 36621057
CELULAR: (83) 887449886
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 28/02/2017 10:27:44

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO:

☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO:

☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: ____ / ____ mmHg

P: ____ bpm

SpO2: ____

Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☐ SVD

☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações ☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente consciente, orientado, eupneico, euglúcido, acinético, trazido pela SAMU, vítima de acidente de moto.

DESTINO:

CDI/Lourenço

ENFERMEIRO:

Maria Patrícia A. S. da Fonseca

Enfermeira

COREN:

250.843

USP

F(NG).ENF.032.1



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235404700000025652040

Número do documento: 19112709235404700000025652040



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

982411

NOME DO PACIENTE

Dickson Jovani Lourenço

DATA	HORA	# BMTs	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21/02/17	09:00	# BMTs	Paciente vítima de acidente motorciclístico apresenta do trauma de face, há ± 14 horas. Relata perda de consciência, relata episódio de emus. No momento consciente, orientado, colaborante, normocorado, eupneia, afébril ao toque. Ao exame físico observa edema palpável em região infraorbital, moelha aborba anterior, mobilidade + adaptação em corpo de mandíbula edema em corpo mandibular bilateral. Ao exame de imagem fratura bilateral de corpo mandibular. ex. ① Exame físico ② Exame de imagem ③ Alter, dcp, lituagão pla BMT.
21/02/17	6h	ETBMTs	Paciente segue curando com fratura de mandíbula encontrada em BEG, aguardando agendamento cirúrgico.
		# Cir Ciral	Paciente evolui durante intern. Sem sinais aborba de respiração. Agente múltiplas fraturas em ossos de face. CB: 17 alt a c f → A BMT

Dr. Talvane Sobreit.
CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
CRD-PS 2262

Dr. Felício Vieira D. Filho
CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
CRM - PB 57.374





DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
09.03.17	07:39	paciente vítima de acidente motociclista há 25 dias. No momento encontra-se re-entado, Eupórico, consciente, contactante, normotenso, afebril ao toque. Ao exame físico apresenta cefaleia mandibular, mordida aberta + unito primitivo do lado esquerdo com edema de tecido médio. Ao exame panorâmico apresenta fratura de ângulo direito e corpo esquerdo de mandíbula. CD: Dieta Zero a partir das 22 Hs. + fisioterapia hospitalar. Otávio Bruno Cris L. Mendonça Cirurgião Oral, Maxilo-Facial Endodontia e Laser CRO/PE 4149
09.03.17	13:50	ABMF paciente submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia geral e intubação nasotraqueal para redução e fixação de fratura complexa de mandíbula. Procedimento ocorreu sem complicações e intercorrências. paciente inconsciente, intubado, consciente após saída da URP CD: @fisioterapia hospitalar @Quimioterapia ③ Acompanhamento BMF Dr. Paulo Oliveira CRO 4402



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

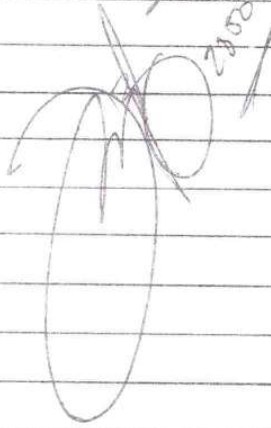
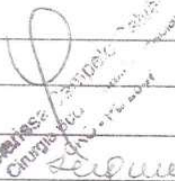
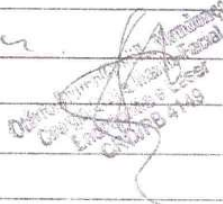
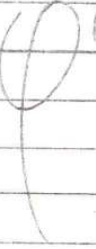
Nome do paciente

Deodan Torres

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		*BMEs 22/02/14 09:10
		Paciente cursando com fratura de mandíbula,
		exposto, com fratura, com fratura, com fratura,
		com fratura
		As fraturas foram do tipo Alveolar - o alveolar
		em face. No momento da realização da cirurgia para
		CD: OAU BME
		1) Fratura BME
		2) Alveolar BME
		Carissa Campos Galvão
		Ortopedia Bucal - Maxilo - Facial
		CRP - 2537
		24/02/14
		Paciente cursando com fratura de mandíbula
		Alveolar com fratura de mandíbula com fratura
		com fratura
		Carissa Campos Galvão
		Ortopedia Bucal - Maxilo - Facial
		CRP - 2537
25/02/14	9:00	CTBME
		Paciente cursando com fratura de mandíbula
		aguardando realização da cirurgia para BME.
		Carissa Campos Galvão
		Ortopedia Bucal - Maxilo - Facial
		CRP - 2537
24/02/14	6h	CTBME
		1) Fratura Externa Pré-Operatória
		2) Hemograma e ECG
		Carissa Campos Galvão
		Ortopedia Bucal - Maxilo - Facial
		CRP - 2537

ENG/ENF/2014



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21/02/17	12:00	#1 BME Emergia suspensa por falta de vaga no bloco emergencial e no UCPA e precedentes emergências, tendo que aguardar profundo momento para emergência. 
03/03/17		Paciente em cirurgia reprogramada para amanhã 
04/03/17	7:30	ETBUE. Paciente segue em BEE, aguardando atendimento cirúrgico. CD. D. Brucinas Hospitalar 
27/03/17		Paciente em cirurgia reprogramada para amanhã CLARISSA CAMPELO BUCCO-MAXILAR 

F(NG).ENF.018-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

01
FEETSHL

Nome: Levedson Tavares Lourenço BE/Prontuário: _____
Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/03/14
Clínica/Setor: CTBUF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução + fixação de fratura de mandíbula
Cirurgião: Dr. Patrício Oliveira 1º Assistente: Dr. Rodolfo Baittuan
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Guedes
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Complexa de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução + fixação de fratura Complexa de Mandíbula</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Patrício Oliveira - CRM 4400
Cirurgião Bucodentofacial
Doutor em CTBUF-POP/UNICAMP

João Pessoa, 02/03/14

Assinado/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1. Paciente em BDH, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal 2. Imprimas intra e extra bucal e/ PUPIT topico 3. Aplicações das Camas Corrugadas 4. Instalação de tampão otoplastico (4 eger) 5. Instalação de hidrocama e reconstrução dos seios
Incisão:	1. submandibular (A) e fundo de vestibulo (B) (mandibular) 2. Incisão submandibular (A) e fundo de vestibulo mandibular (B) 3. Descolamento das tecidas e expansões das estruturas
Achados:	1. Bloqueio maxilo mandibular (BMM) + Exodontia dos 48 2. Redução das estruturas 3. Fixação da estrutura de ângulo mandibular (D) com a placa de ângulo com 6 parafusos + 6 parafusos (Sistema 2.4) + 03 placa
Conduta:	1. Fixação da estrutura de corpo mandibular (C) com a placa reto de 4 parafusos + 4 parafusos (Sistema 2.0) 2. Remoção do BMM 3. Sutura de osso submandibular por placas 4. Sutura do fundo de vestibulo mandibular (E) 5. Remoção dos tampões otoplasticos (4 eger)
Fechamento:	
Observação:	

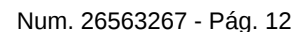
Dr. Paulo Oliveira - CRM 14444
Cirurgião Bucodentário Geral
Doutor em CRM 14444

João Pessoa, 08/03/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



FONG) ASCR 021



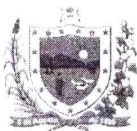
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU DE MATARACA

Venho através deste declarar para os devidos fins que o paciente por nome de Liedson Tavares Lourenço, 23 anos, portador do RG: 3.854.321, CPF: 110.122.174-77, residente no Sítio Camaratuba (Mamanguape-PB), foi atendido pela equipe do SAMU MATARACA, no dia 20/02/2017, às 15:45, na estrada da Usina D' Pádua, vítima de colisão moto x moto, com fratura de maxilar, Protocolo da ocorrência: 1609280, Médico Regulador: Dr João Andreola.

Kamila Gouveia Silveira
Enfermeira
COREN 325.580

Kamila Gouveia Silveira
Responsável Técnica do Samu de Mataraca





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 04/2017

Ocorrência nº. 1083/2017

Aos 30 dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSE CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad - Hoc Ludecy Freire Ayres Barbosa, aí, por volta 09h:21min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LIEDSON TAVARES LOURENÇO, conhecido por, RG.: 3854321 SSP/PB, CPF nº 110.122.174-77 nacionalidade brasileiro(a), estado Civil: solteiro, profissão: agricultor, filho de Pedro Marcolino Lourenço e Maria das Dores Tavares Monteiro, natural de Mamanguape/PB nascido(a) em 27/08/1993, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaratuba, Bairro: Zona Rural, Mamanguape. Tendo como ponto de referência: fone(s) para contato. (83) 98814-1238.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO**
- 2) DATA DO FATO: 20 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 15: 45min;
- 4) LOCAL: ESTRADA DA USINA D' PÁDUA (AGICAN), MATARACA/PB
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):
- 6) BREVE RESUMO DO FATO:

Q na data de 20/02/2017, por volta das 15:45h, foi vítima de acidente de trânsito, quando pilotava uma motocicleta de marca UNDOWN/MAX 125 SE, ANO/MODELO 2006, DE PLACA 7368/PB, CHASSI: 94JXDCF66M009625. RENAVAM: 90691098-6, A QUAL SE ENCONTRA EM NOME DE JOSE MARINALSO DA SILVA, momento em que foi colidido por outra motocicleta YAMAHA Y BR 125, não sabendo informar a pessoa que causou a colisão; Que segundo o noticiante, foi socorrido pelo SAMU DE MATARACA, após os primeiros socorros no local, foi levado para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; Que segundo o noticiante ficou internado do dia 20/02/2017 à 11/03/2017, e segundo Laudo Médico, teve FRATURA FR MANDIBULA.

7) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O(A) COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

LIEDSON TAVARES LOURENÇO
Comunicante

Ludecy Freire Ayres Barbosa
ESCRIVÃ AD - HOC - Mat: 61.186-7

Rua Escritor Lima Pinto nº 08, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Riedson Tavares Correia, portador da carteira de identidade nº 3.854.324 e inscrito no CPF/MF sob o nº 330.122.174-77, residente e domiciliado na Rua Senhor do Bom Fim, 174, Sítio Camarutuba Cidade Mamanguape, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

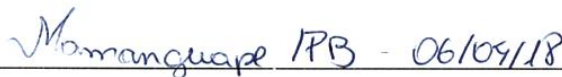
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro _____		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente LIEDSON TAVARES LOURENÇO		Nome da Vitima LIEDSON TAVARES LOURENÇO	CPF da Vitima 11012217477
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima CPF da Vitima DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA; DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; DADOS BANCÁRIOS; AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA - PROFISSIONAL; PROCURAÇÃO; DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0136581

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 28/05/2018



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235459900000025652046>

Número do documento: 19112709235459900000025652046



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL

Eu, **LÍRIDA MACEDO**, RG Nº 935489, data de expedição __/__/__, Órgão-SSP/PB, CPF Nº 569.277.464-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço profissional em meu nome, sendo certo e verdadeiro que tenho endereço profissional no endereço abaixo descrito seguindo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Juiz Ovídio Gouveia
Número	420
Apto / Complemento	----
Bairro	Pedro Gondim
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	58.031-030
Telefone de Contato	98625-0001/3191-1001
E-mail	----

Por ser verdade, firmo-me.

João Pessoa/PB, 24 de maio de 2018.

Assinatura do Declarante: _____

Lirida Macedo



SILVIO ROMERO DA SILVA NERY
RUA JOSE DO CARLOS, 420 - RIBEIRÃO VERDE
20400-000 RIBEIRÃO VERDE - RJ
Fones: (21) 2500-1111 - (21) 2500-1112
E-mail: atendimento@energisa.com.br
Site: www.energisa.com.br



Endereço: Rua da Indústria, 100 - Jd. Santa Helena
20400-000 RIBEIRÃO VERDE - RJ
Fones: (21) 2500-1111 - (21) 2500-1112
E-mail: atendimento@energisa.com.br
Site: www.energisa.com.br

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

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RAN:
Mar / 2018 09/03/2018 10/04/2018 10978992415

UC (Unidade Consumidora): 5/112520-2

Canal de contato

Para o atendimento, consulte o site da Energisa, sem a necessidade de cadastro. O acesso é gratuito e não requer a criação de senha. O acesso é feito através do endereço: www.energisa.com.br. O acesso é feito através do endereço: www.energisa.com.br. O acesso é feito através do endereço: www.energisa.com.br.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
28/12/17	305	28/03/18	1097	37
Demonstrativo				
001	Consumo de Energia Elétrica - 1097 kWh			
002	Consumo de Energia Elétrica - 1097 kWh			
003	Consumo de Energia Elétrica - 1097 kWh			
004	Consumo de Energia Elétrica - 1097 kWh			

Consumo de Energia Elétrica - 1097 kWh

VENCIMENTO 16/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 1.263,03

Histórico de Consumo (kWh)											
01	42	4	11	88	88	112	122	126	138	158	181
02	42	4	11	88	88	112	122	126	138	158	181

RECEBIDO AO PAGAR

Indicadores de Qualidade				Votar (Voto)	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
1. Tensão	110	110	110	110	110
2. Frequência	60	60	60	60	60
3. Fator de Potência	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
4. Interrupção	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
5. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
9. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
10. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
11. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12. Qualidade da Energia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

ATENÇÃO: Faturas em atraso

VENCIMENTO 16/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 1.263,03



PROCURAÇÃO

LIEDSON TAVARES LOURENÇO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade RG nº 3.854.321, inscrito no CPF sob o nº 110.122.174-77, residente e domiciliado na Rua Senhor do Bom Fim, s/n, Sítio Camaratuba, Mamanguape/PB, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **LIEDSON TAVARES LOURENÇO**.

João Pessoa/PB, 06 de abril de 2018.

Liedson Tavares Lourenço

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORDRO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, advogada, inscrita na OAB/PB 14.409, **KARLA JEANNE BRAZ FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 102.242.994-92, inscrita na OAB/PB 24.584, todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

FÁBIO ANTÉRIO
OAB/PB nº 10.202



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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

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

Pelo exposto, eu Lirida Macedo inscrito (a) no CPF 5169.277.464 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Niedson Vitorino Laurence inscrito
(a) no CPF sob o Nº 110.122.174 77, do sinistro de DPVAT cobertura 0 sistema beneficiário da vítima
0 sistema beneficiário, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.122.174 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Luiz Carlos Cavalcanti</u>		Número	<u>420</u>	Complemento	
Bairro	<u>Petropolis</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP <u>58031-030</u>
E-mail			Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 3191-1001</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 98029-0001</u>

João Pessoa/PB 24 de maio de 2018
Local e Data

Guilherme Petrólio B. Aires (OAB/PB nº 15.444)
Assinatura do Advogado
Advogado Substituído
conforme procuração em anexo

EX-100 (01/2012) (1/3)





Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Lindson Tereza Nascimento</u>			Registro: <u>982413</u>		
Idade: <u>23</u>	Sexo: <u>M</u>	Corr: <u></u>	Clinica: <u>CTP-III</u>	Enf. <u>06</u>	Leito: <u>02</u>
Data de admissão: <u>20.02.2017</u>			Data de alta: <u>11.03.17</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura completa da mandíbula</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura completa da mandíbula</u>					
Outros diagnósticos: <u></u>					
Principais exames: <u>Exame clínico + TC</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>08.03.17 - Cirurgia de Redução + Fixação da Fratura completa da mandíbula</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u></u>					
Anatomia patológica: <u></u>					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriológico: <u></u>					
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente com fratura de mandíbula, foi submetido a cirurgia de redução e fixação da fratura. Evolução satisfatória com boa cicatrização e sem complicações. Retorno para avaliação em 30 dias.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>líquida</u>					
Repouso: relativo em casa por <u>07</u> dias; retorno às atividades sem esforço físico em <u>10</u> dias; retorno às atividades com esforço físico leve em <u>15</u> dias e com maior em <u>20</u> dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavar com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto I. Lima.					
Medicações para casa: <u>Cefalexima + Ibuprofeno + Dipirona + Paracetamol</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto; Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11</u> de <u>03</u> de <u>2017</u>					
Ass. Médico / CRM <u></u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Liedson Tavares Lourenço
DATA DE NASCIMENTO 27/08/93
NOME DA MÃE Maria das Dores Tavares Monteiro

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100538
BOLETIM DE ENTRADA N.º 982411
DATA DO ATENDIMENTO 20/02/17
HORA DO ATENDIMENTO 18:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de mandíbula
CID 10 S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto com trauma facial refere sintomas de edema e equimose periorbital. Edema em terço inferior da face glasgow 15 sem alteração da Neurocirurgia BMF é internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC sem patologias Neurocirúrgicas. Fratura bilateral de mandíbula

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula com fixação.

ALTA HOSPITALAR: 11/03/17
DATA DA EMISSÃO: 28/04/17

Dr. João 
CRM: 3323/PS

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




TRAUMA


GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Leandro Tavares dos Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 08/03/17

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Patrícia

DIAGNÓSTICO: Fr. de Mandíbula

PROCEDIMENTO: Redução + Fixação
da Fr. de Mandíbula

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO


F(NG):APC 035-1



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
15/03/17	CT BNF	Manhã 07:00	
24/09/17	CT BNF	Manhã 07:00	
05/07/17	CT BNF	Manhã 07:00	
19/04/17	CT BNF	Manhã 07:00	

F(NG).APC 035-1





Força Aérea Brasileira



Ministério da Defesa
Comando em Chefe das Forças Armadas



GOVERNO
DO PARANÁ

ACQUERIMENTO em 11/05/2019 - 14h

Boleto de Atendimento: 982411



Identificação do paciente

Nome
LUIZ CARLOS
Data de Nascimento
11/05/1985

Nome
LUIZ CARLOS FAVARETTO DUARTE
Data de Nascimento
11/05/1985
Endereço
R. Manoel de Oliveira 2500

Assinatura
Data

Endereço do paciente

Endereço
R. Manoel de Oliveira 2500
Cidade
Curitiba
Estado
PR
CEP
81110-000

Informações

Profissão
NÃO INFORMADO
Ocupação
NÃO INFORMADO
Estado Civil
C
Religião
NÃO INFORMADO
Município
CURITIBA
UF
PR

Admissão

Data de Admissão
27/11/2019 15:34
Local de Admissão
GRUPO DE ATENDIMENTO

Nome do Paciente
1007004273553

Carimbo
SUS

CPMS

Atividade Profissional
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Atividade Profissional
NÃO INFORMADO
Tipo de Acidente
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicações e Transporte

Indicação
NÃO
Transporte
NÃO

Indicação
NÃO
Transporte
NÃO

Sinais vitais

Temperatura
Pulso
Pressão Arterial
Saturação de O₂

Temperatura
Pulso
Pressão Arterial
Saturação de O₂

Exames complementares

Radiografia []
Ultrassom []
ECG []
Laboratório []
Tóxico []
Outros []

FACE
08 43 27
27 10
Wiley
R

Assinatura
Data

Assinatura do Médico



10/10/15/16 - 20/12/17 - 23/15h

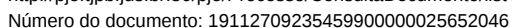
FICHA DE NOTAS
 DO TUE E TAMBEM AS FOLHAS,
 COMBUSTIVEL COM BUSTA DOB FOLHAS
 VARIAS

22. 1990-1991

Exhibit 15

Stress definition

FC (Gewebe) - Non
Gewebe: multiple Fracturen der Knochen
a. Auch die Nervenbahnen





B.E./PRO

500

72887-14-0-1 (300g) 100g
C111140 (12) 100g
100g 100g
100g 100g
100g 100g





9220

new version (2004) manuscript

[illegible]





982410

VERBO DO PACIENTE

Dickson Index Challenge

DATA

HORA

$\pm$	$C_p f_{\pm}$
-------	---------------

DESCRIPÇÃO DA EVOLUÇÃO

518-242-64-44

Alina Lăzăreanu
Alina Lăzăreanu de accident motoricistă, găsesc
de examinare de faza, 10^+ la linia roșie pentru
tare înca, adică sporiți de eror. În timpul
timpului, mobiliz, contactant, rămânând după
afelul ac regim. Cu examinare fixă de gaze în
răspund în x-bord impracticabil, modelat al
anterior, mobilizile + obținut în scop de
scădere în scop mandibular lateral. Cu
de eror în partea laterală de lipsa mandibulară.

Q. (1) Explain briefly

③ Gruppi di sviluppo

13. Let, $\vec{a}, \vec{b}, \vec{c}$ be three vectors

para ficar

Dr. Talvane Sobers
GEORGIA DRUG MATH SCHOOL
210-75 1141

Х/О. / Б. С. К.

ETB MF3

Powerful segue connecting the lecture to the next one

Car Circuit

Rechte nach dem
Vom 1. April 1914
Anzahl mit für die
1/10

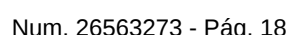
Or: $\frac{1}{2} \times 100 = 50$



De la Espina, C. J.
 Church, G. J.
 De la Espina, C. J.
 Church, G. J.

③ Recombinante 16×17^2

SECRET



96

Division Three

[illegible]



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

27/11/2019

15:45

Paciente desperta por falta de ar e náusea. Não responde a oxigênio e no SPO2 é encontrado com 88%, tendo que aguardar por um momento para oxigenar.

27/11/2019

Paciente em cirurgia respiratória para amarelo.

27/11/2019

Paciente em BTE de acordo com a evolução clínica. Evolução satisfatória.

27/11/2019

Paciente em cirurgia respiratória para amarelo.

Clínica satisfatória (BTE - BTE)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Renato Tavares Krumholz BE/Previdência: _____
 Idade: 23 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 11/11/2019
 Clínica-Saor: 202 EMP: 18
 Cirurgia: Exatoma e tumor a parede de mandíbula
 Cirurgião: Dr. Fabiano Ribeiro 1º Assistente: Dr. Ricardo B. de Souza
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Anestesiologista: _____ Anestesiado: Dr. Fabiano
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exatoma e tumor a parede de mandíbula</u>	<u>S23.0</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exatoma e tumor a parede de mandíbula</u>	

Atividade durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não, Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Fabiano Ribeiro - CRM 4400
 Cirurgião Bucodentário
 Doutor em UO de FOM-UNICAMP

João Pessoa: 11/11/2019

Assinatura/CRM: _____

PROJETO 11/2019-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Plano de Trabalho: 1. Realizar a remoção do tumor da região da mandíbula esquerda, com extensão para o maxilar inferior direito, com preservação da função mastigatória e fonatória.

2. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

3. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

4. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

5. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

6. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

7. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

8. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

9. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

10. Realizar a reconstrução da cavidade tumoral com o uso de retalho de músculo e pele do antebraço direito, com anastomose microvascular da artéria e veia do antebraço com a artéria e veia da mandíbula esquerda.

Realizado em:

Realizado por:

Dr. Paulo Roberto de Jesus
Cirurgião Reconstrutor
Data: 27/11/2019

João Pessoa

Assinado por:



Sam Gergory
 Boston, MA
 1000 North 10th Street
 Boston, MA 02111
 617-552-1234
 2011-11-11



BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU DE MATARACA

Venho através deste declarar para os devidos fins que o paciente por nome de Liedson Tavares Lourenço, 23 anos, portador do RG: 3.854.321, CPF: 110.122.174-77, residente no Sítio Camaratuba (Mamanguape-PB), foi atendido pela equipe do SAMU MATARACA, no dia 20/02/2017, às 15:45, na estrada da Usina D' Pádua, vítima de colisão moto x moto, com fratura de maxilar, Protocolo da ocorrência: 1609280, Médico Regulador: Dr João Andreola.

Kamila Gouveia Silveira
Enfermeira
COREN 325.580

Kamila Gouveia Silveira

Kamila Gouveia Silveira
Responsável Técnica do Samu de Mataraca



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Luciano Tavares Bonençes
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.859.321 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
CPF 11012217477 /CNPJ _____, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luciano Tavares Bonençes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0009999-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Hamanguape 06 de abril de 2018 * Luciano Tavares Bonençes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsagurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 04/2017

Ocorrência nº. **1083/2017**

Aos 20 dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, a Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSE CAVALCANTI DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(a) Ad - Hoc Ludacy Freire Ayres Barbosa, por volta 09h:21min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LIEDSON TAVARES LOURENÇO, conhecido por, R.G.: 3854321 SSP/PB, CPF nº 110.122.124-77 nacionalidade brasileiro(a), estado Civil: solteiro, profissão: agricultor, filho de Paulo Marcelino Lourenço e Maria das Dores Tavares Monteiro, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 27/08/1993, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaratuba, Bairro: Zona Rural, Mamanguape. Tendo como ponto de referência: fone(s) para contato: (83) 96814.1274 a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FURTO DE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO**
- 2) DATA DO FATO: 20 de fevereiro de 2017;
- 3) HORARIO: 15:45min;
- 4) LOCAL: ESTRADA DA USINA D' ÁDUA (AGICAN), MATARACA/PB
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):
- 6) BREVE RESUMO DO FATO:

Q na data de 20/02/2017, por volta das 15:45h, foi vítima de acidente de trânsito, quando pilotava uma motocicleta de marca: UNDOWN/MAX 125 SE, ANO/MODELO 2006, DE PLACA 7368/PB, CHASSI: 94XDCF66M009625, RENAVAM: 90691098-6, A QUAL SE ENCONTRA EM NOME DE JOSE MARINALDO DA SILVA, momento em que foi colidido por outra motocicleta YAMAHA Y BR 125, não sabendo informar a pessoa que causou a colisão; Que segundo o noticiante, foi socorrido pelo SAMU DE MATARACA, após os primeiros socorros no local, foi levado para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; Que segundo o noticiante ficou internado do dia 20/02/2017 à 11/03/2017, e segundo Laudo Médico, teve FRATURA DE MANDIBULA.

7) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O(A) COMITENTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

LIEDSON TAVARES LOURENÇO
Comunicante

Ludacy Freire Ayres Barbosa
ESCRIVÃO AD - HOC - Matr: 61.186-7

Rua Escrivão Lima Pinheiro 08, Campo, Mamanguape/PB telefone: (83) 3344.3444

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47 - Centro - Mamanguape - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé (Art.365-III do CPC).

Mamanguape/PB - 25/05/2018

Selo Digital AGY08570-8T1F

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$2,38 Farpen R\$0,28 MP R\$0,64 Fepj R\$0,48



ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Escrivente Autorizado



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Biedson Tavares Lourenço, portador da carteira de identidade nº 3.859.324 e inscrito no CPF/MF sob o nº 130.122.179-77, residente e domiciliado na Rua Senhor do Bom Fim, nº 17, Sítio Camaratuba Cidade Mamanguape, Estado PA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Biedson Tavares Lourenço

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape PB - 06/09/18

Local e data



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pelo custo.

Modelo 2019, 1ª edição, 04/2019, 114 páginas. Publicado pela Energisa S/A. Nº 003 520 545



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 208, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição: 95.655.023-0

DADOS DO CLIENTE

TEREZINHA TAVARES MONTEIRO
RUA SENHOR DO BONFIM 31
MARANGUAPÉ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/293263-0

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

22/03/2018

CONSUMO

61

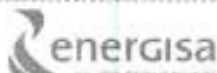
VENCIMENTO

29/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,53

Acesse: www.energisa.com.br



TEREZINHA TAVARES MONTEIRO

Roteiro: 13-014-179-4880

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/03/2018

VENCIMENTO

29/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,53

MATRÍCULA

200263-0016-00-4



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235459900000025652046>

Número do documento: 19112709235459900000025652046

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **LIEDSON TAVARES LOURENÇO**, RG nº 3854321, SSP / PB, CPF nº 110.122.174-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua / Avenida / Praça)	RUA SENHOR DO BONFIM
Número	31
Apto. / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL – DISTRITO CAMARATUBA
Cidade	MAMANGUAPE
Estado	PB
CEP	58.280-000
Telefone de Contato	(83) 3662-1037

Por ser verdade, firmo-me, sob as penas da lei,

Local e data: Mamanguape/PB, 25 de maio de 2018.

Assinatura do Declarante:





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.354.321 DATA DE EXPIRAÇÃO 06/05/2010

NOME LIDSON TAVARES LOURENÇO

FILIAÇÃO PEDRO MARCOLINO LOURENÇO
MARIA DAS DORES TAVARES MONTEIRO

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 27/08/1993

DOC. CIVIL NASC.N.2370 FLS.92V LIV.A04

CARTÓRIO MAMANGUAPE-PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo Processo Novo * Documentos Complementares	Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA
Tipo de Sinistro Invalidiz. Parcial	Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA
Nome do Requerente LIEDSON TAVARES LOURENÇO	Nome da Vítima LIEDSON TAVARES LOURENÇO
Documentos Complementares	CPF da Vítima 11012217477

Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima

CPF da Vítima

DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus

Boletim de Ocorrência Policial

Identidade / CPF do Procurador

Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário

CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais

Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT

Comprovante de Residência do Requerente

Comprovante de Residência do Procurador

Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial	Invalidiz. Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações	DAMS Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros
---	---	---



0136963

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo.

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador





Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 27/11/2019 09:23:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112709235459900000025652046>

Número do documento: 19112709235459900000025652046

CÓDIGO DE CONTROLE
46C4.B087.502D.2202

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:46:36 do dia 09/07/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

