

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2015

Carta nº: 7669946

A/C: PAULO DA SILVA SANTOS

Sinistro: 3150742699
Vitima: PAULO DA SILVA SANTOS
Data Acidente: 24/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 315.086.4164

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, Paulo da Silva Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3864.980 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 17/10/2014
 CPF 1.064.857.64-77 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Vendedor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo da Silva Santos. 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58.704-9

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.

João Pessoa 17 de Agosto de 2015 PAULO DA SILVA SANTOS
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de n na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de inv (tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, a

DOCUMENTO 1 *T1%*



slação vigente
acordo com a

0221204.

U-2-001-2015

Dapeler Duarte

21/24

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 13/08/2015

SOLICITACAO INCORRETA

EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1033 CRUZ DAS ARMAS OPER: 013 CONTA: 58.704-9
PERIODO: 01007015 ATE: 13082015 CPF: 106.485.764-77
NOME: PAULO DA SILVA SANTOS VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
03/08/2015	000000 DP DINH AG	0,000000000	15,00 C	15,00 C

F1 AJUDA F4 SALDO EM 12/08/2015 R\$ 15,00 C
F3 RETORNAR F6 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

104/00000-0

13 AGO, 2015

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Ag. Cabo Branco, PE
0400100-6

ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rafaela Duarte

22/04



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1069999 - SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA Data/Hora do Acidente (hora local): 24/12/2014 20:50 BR: 230 KM: 28.0
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Nublado
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Sim Data e horário da solicitação: 24/12/2014 21:30
A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim Data e horário do: 24/12/2014 22:15

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

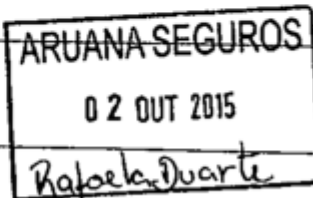
CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Industrial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1.8
Possui defesa? Conservada Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0.5 Tipo de inclinação: Elevação
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 4
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7.2 Estreitamento: Não Existe
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Parcialmente Desfeito

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freinagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

No dia 24.12.2014, às 20h50m, em João Pessoa/PB, nas proximidades do KM 28,0 da BR 230 próximo ao Viaduto de Oitizeiro, ocorreu um acidente do tipo: colisão frontal. Análise dos vestígios (veículos e pavimento) encontrados no local e, ainda, corroborando com a(s) declaração(ões) de populares verificou-se que o condutor do V1, HONDA/POP 100, de placas NQG 8064/PB, desobedecendo a sinalização vertical e horizontal, transitou na contramão de direção sobre a faixa de rolamento, colidindo frontalmente com o V2, JTA/SUZUKI EN125 YES SE, de placas OEW 5017/PB, que seguia o fluxo normal de veículos e não obteve êxito em evitar a colisão com o V1. Os veículos deslocavam-se em sentido contrário sobre mesma faixa de rolamento, conforme disposto em croqui.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NQG-8064 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9C2HB0210BR503809 Renavam: 00332684806
Marca/Modelo: HONDA/POP100 Cor: PRETA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: JOSIVALDO PEREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 090.265.244-39
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freinagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-RS
Valor Total da Carga: _____ R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30 Motivo: Retenção
Responsável pela Recepção: PRF FLAIRTON
Documento do Responsável: XXXXXXXX
Município/UF: BAYEUX/PB Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

MOTOCICLETA REMOVIDA PARA O PCC. HOUVE ÓBITO NA

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: DEW-5017 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9CDNF41ZJBM343293 Renavam: 00338722335
Marca/Modelo: JTA/SUZUKI EN125 YES SE Cor: PRETA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: PAULO DA SILVA SANTOS CPF/CNPJ: 106.485.764-77
Endereço: CEP: .
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones: .

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-RS
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30 Motivo: Retenção
Responsável pela Recepção: PRF FLAIRTON
Documento do Responsável: XXXXXXX
Município/UF: BAYEUX/PB Descrição do Encaminhamento: MOTOCICLETA REMOVIDA PARA O PCC. HOUVE ÓBITO NA

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: IV1/NOG-8064
Nome/Apelido: JOSIVALDO PEREIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 28/03/1991 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: CARLOS LUIZ PEREIRA DA SILVA
Nome da Mãe: EDILEUSA GONÇALO DA SILVA
Endereço: RUA MANCHETE - NUM. 78 CEP: .
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones: . Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 090.265.244-39 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: A Registro CNH: 05738692267/PB Primeira Habilitação: 25/03/2013
Validade CNH: 29/06/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences: Entregues ao Delegado Sr. ANTONIO ALVARES DE FARIAS, naquele momento respondendo pela 4ª Delegacia Distrital de Polícia Civil do Estado da Paraíba

Informações Complementares: A Sra PATRICIA TORRES, matrícula nº 168.428-1, perita do Instituto de Medicina Legal do Estado da Paraíba esteve ao local coletando dados e vestígios.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: DEL 4ª DD SR. ANTONIO ALVARES DE FARIAS
Documento do Responsável: XXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do: PERTENCES ENTREGUES AO DELEGADO SR. ANTONIO ALVARES DE FARIAS, NAQUELE MOMENTO RESPONDENDO PELA 4ª

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/OEW-5017
Nome/Apelido: PAULO DA SILVA SANTOS
Data de Nascimento: 10/07/1992 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
Nome da Mãe: SEVERINA DA SILVA SANTOS
Endereço: CONDOMINIO VILLAGE ATLANTICO SUL - NUM. SN CEP: -
Município/UF: Telefones: Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 106.485.764-77 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Sim Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: A Registro CNH: 5328085049 /PB Primeira Habilitação: 17/10/2011
Validade CNH: 18/08/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences: Socorrido pela VTR RESGATE PRF e encaminhado para o Hospital de Traumas.
Informações Complementares: Socorrido pela VTR RESGATE PRF e encaminhado para o Hospital de Traumas.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PRF BRUNO - VTR RESGATE
Documento do Responsável: XXXXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 21:30
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do: SOCORRIDO PELA VTR RESGATE PRF PARA HOSPITAL DE TRUMAS

* VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/POP100	Placa: NQG-8064
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT: 83295217
Registro/Matrícula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Podais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA" :

15

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13

NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V2 / JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Placa: OEW-5017
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT: 83295217
Registro/Matrícula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Gulã, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Podais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA" :				14	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/POP100

Placa: NQG-8064

Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA

Nº BOAT: 83295217

Registro/Matricula do Agente: 1069999

Data: 24/12/2014 20:50



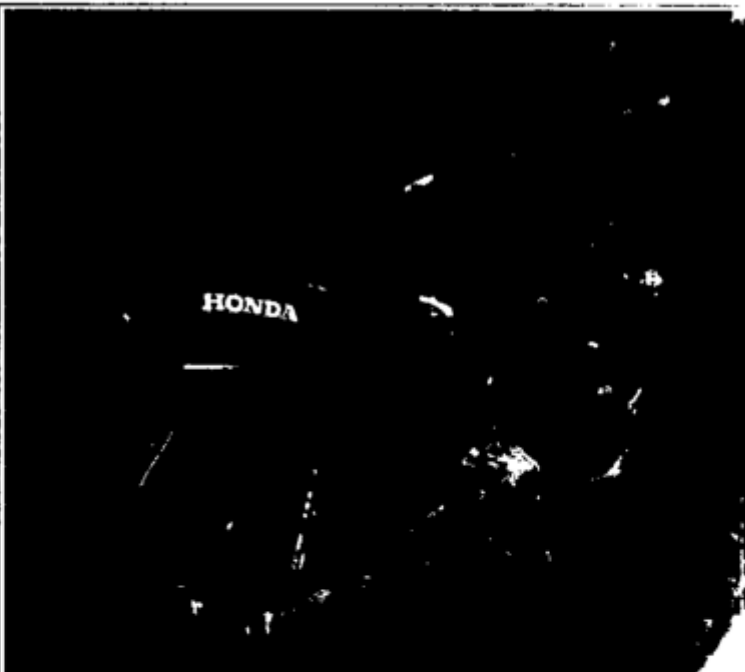
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

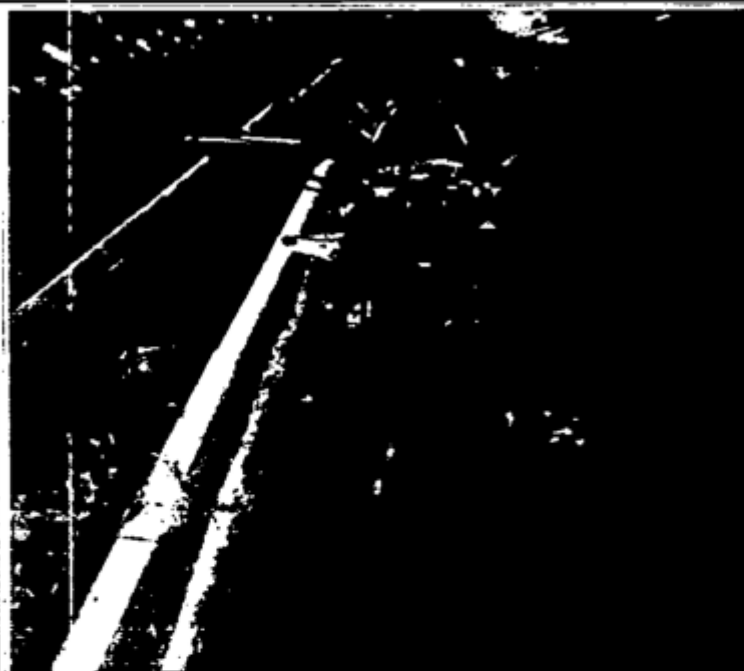
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13

NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

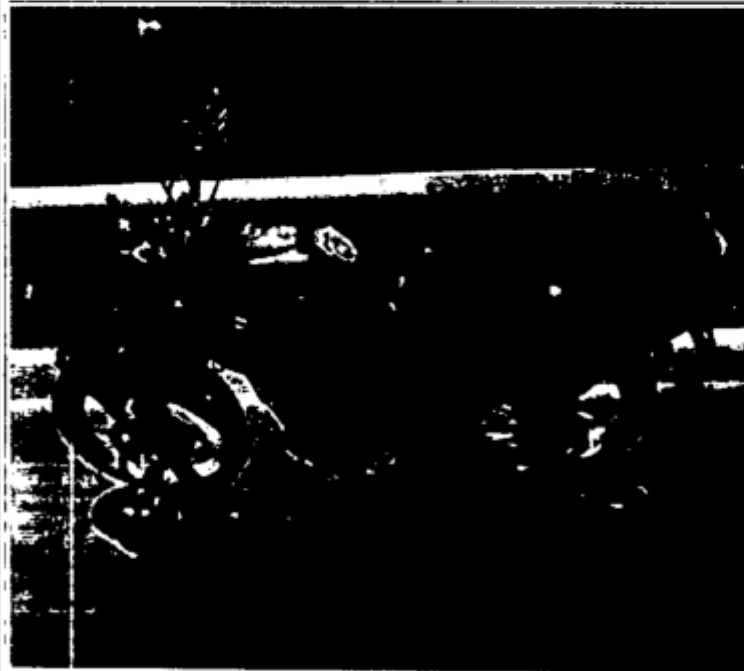
Veículo: V2 / JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Placa: OEW-5017
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	N° BOAT: 83295217
Registro/Matricula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo da Silva Santos, portador da carteira de identidade nº 3864 980 e inscrito no CPF/MF sob o nº 106.485.764-77 residente e domiciliado na Rua Adauto Toledo, Bairro Ernesto Geisel Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

- () 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.



PAULO DA SILVA SANTOS

Assinatura do
declarante

conforme documento de
identificação

João Pessoa 27/05/2015

Local e data

IANA SEGUROS
02 OUT 2015
Dapela Duarte

PROVA DO ATO

CNPJ 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Atendendo o requerimento nº 505/234, declaramos para os fins de direitos que constam em nossos registros, sobre o protocolo: 579083, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **PAULO DA SILVA SANTOS**, idade 22 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Colisão moto x moto)** no dia 24/12/2014, BR-230, Rodovia João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.



João Pessoa, 29 de Maio de 2015.

SAME

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Matr. 67.165-8 - SAMU 192-JP

SAMU 192 JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

MANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218-9242; 3218-9125

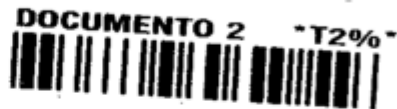
30/24

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo da Silva Santos,

RG nº 3864.980, data de expedição 17/10/11, Órgão SSP-PB

CPF nº 106.485.764-77, 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:

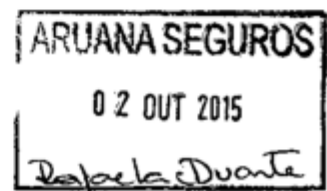


Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	Rua: <u>Adauto Toledo</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Ernesto Geisel</u>
Cidade	<u>Ypocô Pissos</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58075-260</u>
Telefone	<u>(83)98887-2808 / 98700-4647 / 98851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ypocô Pissos 27/10/2015

Assinatura do Declarante: PAULO DA SILVA SANTOS



23/04

Segundo até o vencimento você evita:
- Coerência de multa de 2% + juros de 1% ao mês

TELEFAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.034.797-6
AV PRES EPITACIO PESSOA, 860 - JOAO PESSOA - PB CEP: 55040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

EMISSION 2 VIA: 10/02/2015

PAG.: 5/5

RILVA DOS SANTOS CABRAL
RUA ADAUTO TOLEDO, 98 CA
ERNESTO GEISEL
58075-260 JOAO PESSOA-PB

DATA DE EMISSAO 01/02/2015	TELEFONE/CONTRATO 3234-8133 0 1
CNPJ / CPF 00012157041449	
INSCRICAO ESTADUAL	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR RG 57,36
COD. DES. AUTOMATICO 131100433972	
CODIGO DDD 83	VENCIMENTO 25/02/2015

HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	01/15: 83:00	12/14: 111:00	11/14: 55:00
	10/14: 82:00	09/14: 73:00	08/14: 123:00

PAG./LINHA	DATA	DESCRICAO	TEL.ORIGEM	TEL.CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR
------------	------	-----------	------------	-------------	---------	---------	--------	-------

ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rapela Duarte

24/04



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 803049 e PRONTUÁRIO nº 25232

PACIENTE: PAULO DA SILVA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 10.07.92

Data e Hora do Atendimento: 24.12.14

Horário: 21:47h

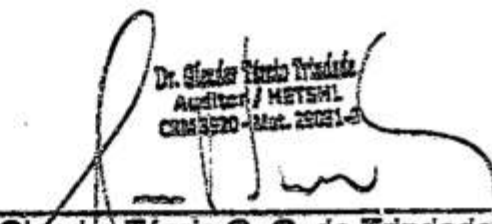
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE leve, traumatismo torácico e trauma complexo no pé direito. Atendido pelo Dr. Petrúcio A. Sarmiento CRM 7105, Dr. Heisenberg M. Almeida CRM 5229, Dr. Ricardo Carvalho CRM 6628, Dr. Rômulo Soares de Castro CRM 2833.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + TRAUMATISMO INTRACRANIANO LEVE + TRAUMATISMO TORÁCICO + HEMOPNEUMOTORAX + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º e 5º PODODÁCTILO DIREITO CID 10 S 06 9, S 27 0, S 92 8

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP, Rx da bacia AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou lesões intracranianas, Tomografia computadorizada da coluna cervical, tratamento cirúrgico com toracotomia com drenagem fechada à direita, regularização do coto de amputação do 2º e 5º pododáctilo direito.

ALTA HOSPITALAR: 19.02.15

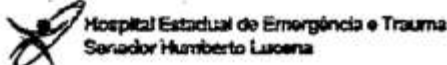
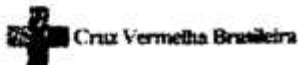
Data da Emissão: 27.05.15


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Auditor - HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29.031-9

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

ARUANA SEGUROS
02 OUT 2015
Rafaela Duarte



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 803049

Identificação do paciente				
ID 824596	Nome PAULO DA SILVA SANTOS	Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/07/1992	Idade 22 anos 5 meses 14 dias	Estado civil OUTROS	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe SEVERINA DA SILVA SANTOS	Pai ANOEL ANTONIO DOS SANTOS			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel 8819-2392	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3864980	Nº Cns		
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58085000	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cruz das Armas - até 220: 2203		
Número SN	Complemento	Bairro Cruz das Armas		
Admissão				
Data e Hora Prevista 24/12/2014 21:47:14	Número da pulseira 310513	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Modo de transporte RESGATE - PRF	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	TOMOGRAFIA			
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos				
DATA: 05/05/15				
TOMOGRAFIA				
Diagnóstico	CID			
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO	DATA: 25/12			

Traumatismo
do abdômen
24/12
DC(2)
NS
FA

CERVICAL + TORAX +
10/11/2014
27/01/2015

301
SERRA / ENTORCIDA
Distúrbio Amniótico D7K
Rt col. cervicais sem lesões
crânio: sem lesões
integridade / furo zigoma @ sem
lesão

TOMOGRAFIA
CERVICAL + TORAX
DATA: 24, 12, 14
2014 22:54

12/24



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

...m Tapum e Flávio... 14d...
...este muerperum...
...resito pela...
...em 11 de...
...a diuila...
...Ademp...
...Frio tenopra...

Nome: <u>Paulo da Silva</u>		Registro: _____			
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clinica: _____	Enf: _____	Leito: _____
Data de admissão: <u>24/12/17</u>		Data da alta: <u>7/01/18</u>			
Diagnóstico inicial: <u>As. p. t. 3. Kaus... I. H. v. P. 11</u>		arterial: sim () não ()			
Diagnóstico final: <u>curado</u>		curado ()			
Outros diagnósticos: _____		_____			
Principais exames: _____		_____			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Orientações Pós Alta</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>Ass: Médico</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>lar</u>					
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, <u>170</u> dias.					
Cuidados com a ferida operatório: 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>Ass: Médico</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>26</u> de <u>01</u> de <u>18</u>					
Ass: Médico / CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Dr. Nara Caspim
Clínica Médica / Endocrinologia
CRM-PB 6329



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHI

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E. PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE:

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

TIPO DE LESÃO:

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

LOCAL DA LESÃO:

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

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

TAÇCO

PA:

mmHg

P:

bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetrias:

☐ 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 ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

RISCO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

Internações ☐ Outros:

Especificar:

DEMENTIAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Pc. Vítima de acidente de trânsito com lesão
Avaliada e encaminhada ao CSE, + 01 vez
encaminhada ao RA e Bloco

ESTENO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1

14/24



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de moto, trajeto pelo seu estabelecimento, TCE grave;

SINAIS PRIMÁRIOS

VIAS AÉREAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas **(INTUBADO)**

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

FAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

INSPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2. RUÍDOS

☐ Sim

HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

20 imp **20** SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☒ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA:

RÍTIMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BÚLHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BEQUILHA

☐ Sim ☐ Não

FE: ☐ bpm PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C

ECG:

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Respostas apropriadas, social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
À continuação estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma (T)	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 05 (T)					

FINGI.CC 001-1

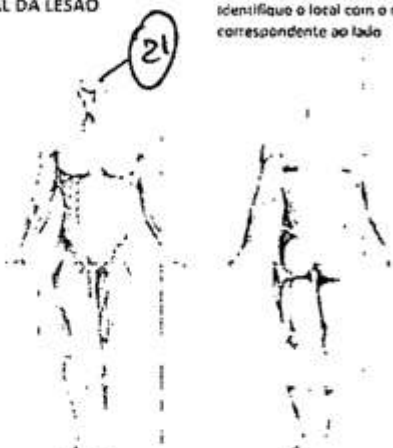
15/24

EXAME SECUNDÁRIO

ALÉRGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgilamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto Contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36. |

OBS: 20?

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritonial
☒ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gaxometria arterial
☒ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1. Anestesia		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR Transtorno às _____ do dia ____
 Solicito parecer da Urgência às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

DOCUMENTO 5 "T5%"



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

Nome: PAULO DA SILVA SANTOS

DOCUMENTO / CATEGORIA: 3864980 * SEP

CPF: 106.485.764-77 DATA NASCIMENTO: 10/07/1992

RACÃO: MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
SEVERINA DA SILVA SANTOS

SEXO: [] ACC: [] CATEG: 2

VALIDADEZ: 28/08/2016 1ª EMISSÃO: 17/10/2011

629780535

VÁLIDA EM TODAS AS TERRITÓRIAS NACIONAIS

PROIBIDO PLASTIFICAR

629780535

DATA EMISSÃO: 08/11/2012

LOCAL: JUAZÃO DO NORTE, PB

36960804441
PP025292455

RODRIGO CAVALHEIRO
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PB (PARAIBA)

A SEGUROS

02 OUT 2015

17/24

Rafael Duarte



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **106.485.764-77**

Nome da Pessoa Física: **PAULO DA SILVA SANTOS**

Data de Nascimento: **10/07/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:02:01**: do dia **02/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9B38.0886.0CC9.AA33**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011642883578
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COORDENADORIA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
00542883578 0000000000 2014

NOME: SEVERINA DA SILVA SANTOS

048081089 20EV3918/PB

PLACA: 9C21C4110BR805234

NOVO

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN RS 2012 2014

CAP/ROT/CK: 21P/124/CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 29/07/2014

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00 PREMIO TOTAL (R\$): 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 28/07/2014

SEGURO LIDER - DPVAT

DOCUMENTO DE DEPORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA 28

DATA: 29/07/2014

12280 893889

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011642883578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO: 2014 DATA EM QUE: 29/07/2014

PREMIO TARIFARIO

SEGURO LIDER - DPVAT

CHPJ 09.243.00070001-03

www.seguradoralider.com.br

894089-1423082-20140229

DOCUMENTO 6 "T6%"



ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rafaela Duarte

19/04

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo da Silva Santos, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão vendedor, RG nº
2618619, CPF/MF nº 106.485.764-77 residente e domiciliado(a)
à Rua Adauto Toledo, 98 - Ernesto Gisel, Cidade de
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:
58075-060, telefone (83) 98700-4647, 98851-4074.

OUTORGADO: Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
CPF sob o n.º 010.621.944-89, e RG sob o n.º 2615346 com endereço
na Rua: Agente fiscal Costa Duarte, 157 Bairro: Mangabeira na cidade de
João Pessoa Estado da Paraíba.

PODERES: O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:
Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização
por invalidez permanente/Morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de
Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos
herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de
indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento
do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar
documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras
conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa 07 de 10 de 2015

1º OFÍCIO
DISTRITAL

PAULO DA SILVA SANTOS
OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA AUSCÉLIO KUBITSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de PAULO DA SILVA
SANTOS, [78637], - J. Pessoa-PB, 07/10/2015 09:19:44 Emol
R\$7,75 Farpem: R\$0,23 Fepj: R\$0,23, ISS R\$0,38. Em test. da
Verdade. Tabela Celeida Cosmo Pereira Silva, Selo
Digital ACEB9164-MONY-4 Constitui-se em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/autorizacoes/celeida.com.br>

ARUANA SEGUROS
20 OUT 2015
Paula Duarte

20/24