

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº: 11124146

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11155790

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325118

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000000053661-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170307916 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PIRIPIRI nº 0 - AREA RURAL - MARI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1387404 - SSP**
Data local do exame: **06/07/2017 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

CRANIOFACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 06/07/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB


João Fernandes de Souza
CRM - PB 2732



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, SEVERINO GERONIMO DE ARAUJO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.387.404

EXPEDIDO POR SSP/PB

EM 19/08/16 E

CPF 02186008440 /CNPJ

PROFISSÃO RECEIHA-SC

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIHA-SC NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO

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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTOA;
- 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 SISPDPVAT 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 53661-4

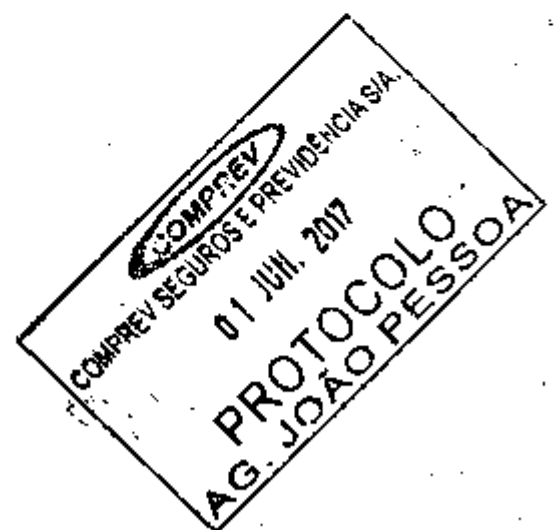
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

3-Pena 30 de maio de 2017
LOCAL E DATA

Severino Gerônimo de Araújo
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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 143/2017

Aos OITO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MARI/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrev(o) do seu cargo, ai, por volta 10h:24min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO, conhecido por BIU, Identidade nº 1387404-SSP/PB, CPF nº 021.860.084-40, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciado, profissão: agricultor, filho(a) de Geroncio Benedito De Araujo E De Maria Leonor Da Conceição, natural de Mari/PB, nascido(a) em 14/06/1967 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Piripiri, Zona Rural De Mari/Pb, tendo como ponto de referência: , na cidade de MARI/PB, fone(s) para contato: 83 .

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 18 de 12 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 19h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO PIRIPIRI, ZONA RURAL DE MARI/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: POLICLINICA DA CIDADE DE MARI/PB E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSP. DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA HONDA CG 150 FAN EST, COR VERMELHA ANO E MODELO 2010/2010 PLACA NQC 6215/PB, CHASSÍ Nº 9C2KC1550AR095384, RENAVAM 0021498402-8, EM NOME DE SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

CLAUDIO JOSE AUGUSTO RG Nº 1.877.166 SSP/PB E CPF 084.047.614-00

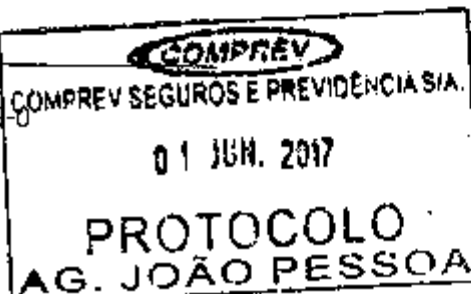
8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que foi vítima de acidente automobilístico na data, hora e lugar acima citados; Que conduzia a motocicleta, e ao se desviar de um cachorro o mesmo caiu ao solo; Que devido a gravidade do acidente, o noticiante foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB; Que foi transferido em uma ambulância pertencente a Policlínica da cidade de Mari/PB.

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

Severino Geroncio de Araujo
SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO
Comunicante

Escriv(o)/Agente
Matricula nº 157.339-0





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO GENANCO DE ARAÚJO, portador da carteira de identidade nº 1.387.404-PR e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.860.084-40, residente e domiciliado na SÍTIO PIRIPIRI, S/N, ÁREA RURAL, e Cidade MANI, Estado PARRIBA, 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.

Severino Genanco de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SOAS POMA, 30/05/17
Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO GENONCO DE ARAUJO

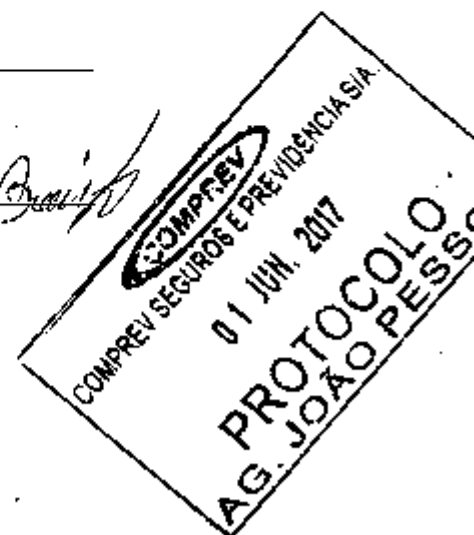
RG nº 1.387.404, data de expedição 19/08/16, Órgão SSP/PB, CPF nº 021.860.084-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Piripiri</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>MANI</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58345-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98890-4343 / 98838-4807</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 30/05/17.

Assinatura do Declarante:





Classe Social: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MODERADA
 Retiro 10-52-411-4750 Referente 1a. Quarta
 N°medida 00000853997 Enq. de data de

ENERGIA PARQUE A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
m.4. Caixa Postal - João Pessoa/PB - CEP 53071-680
CNPJ 06.955.802/0001-40 - Insc. Est. 18.015.820-0

¹ <http://www.fda.gov/cder/rdmt/efed/efed.htm> 7/30/02

6. Acesso: www.eneadisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGIA

Conta referência 3

Jan / 2017

Apresentação

17/01/2017

Data prevista da prossima lettura

14/02/2017

CPF/ CNPJ/ RAZÃO

4474M+442

Faturas em atraso

Antes de 1.º de maio de 1975, a União comprava primários de baterias de opala. O prazo é contar da data de entrega, somente adquiridos.

DATE: 10/10/10
BY: [illegible]
P.5
[illegible]

CCTV

UNIQUE AND SEPARATE

JUL 05 DE NOVA 127018

MULTA 137816

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA INFLUÊNCIA

Histórico de Consumo (North)

Dec15	39
Nov15	37
Oct15	29
Sep15	19
Aug15	18
Jul15	6
Jun15	7
May15	0
Apr15	15
Mar15	4
Feb15	12
Jan15	10

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR PIS
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	19,57	1,0100	0,20
COFINS	19,07	4,7800	0,91

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

24/01/2017

-R\$-20.07

Joseph, Louis, William, and Charles

- 18 -

02cB.5a06,c5dB.5f24.aca5.b3c1.a9a2.cd81.

Indicadores de Qualidade 11/2012-2014

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição do Serviço	Preço (R\$)	%
12,78	2,47	700	Serviço de Instalação de Transformador	7,03	35,00
25,52			Companhia de Energia	8,72	43,69
31,06			Serviço de Transmissão	0,48	2,38
7,89	3,00	300	Serviço de Instalação de Transformador	2,78	13,75
15,94		300	Companhia de Energia	1,58	7,87
31,69	1,59	234	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
9,07			Serviço de Instalação de Transformador		
13,60			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		
			Companhia de Energia		
			Serviço de Transmissão		
			Serviço de Instalação de Transformador		

Volvo de EU50 (Hyt 11/2018) P4 0.53

APRESENTAÇÃO

• **Leben im Paradies**

COMPREV
01 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 4 749

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Sérgio Manoel de Araújo</u>			Registro: <u>968452</u>		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Ent:	Leito:
Data de admissão:			Data da alta: <u>23.12.16</u>		
Diagnóstico inicial: <u>TEE</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura / temporal / ②</u>					
Outros diagnósticos: <u>Fratura</u>					
Principais exames: <u>TC crânio</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ho crânio</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>ECG: 7/1</u> <u>3) DEFICIENT MOTIV</u>					
Dieta: <u>líquida</u>			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>30</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</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>Dipirona / Diclizina</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto Ao ambulatório <u>NCA</u> em <u>30</u> dias para revisão.					
João Pessoa: <u>23</u> de <u>12</u> de <u>16</u>					
Ass. Médico / CRM					

Este documento destina-se a aprovação do atendimento hospitalar para OML, 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	SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	14/06/67
NOME DA MÃE	MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.308
BOLETIM DE ENTRADA N.º	968.452
DATA DO ATENDIMENTO	19/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	00:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FRATURA TEMPORAL + FRATURA FRONTAL
CID 10	S06.9 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na cabeça, abdomen sem queixas. Glasgow 13. Sonciente, inconsciente. TC de crânio evidencia fraturas de osso temporal e frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax AP
Tomografia computadorizada de crânio

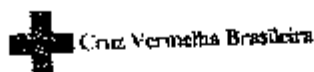
TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	23/12/16
DATA DA EMISSÃO:	27/03/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 968452



GOVERNO
DA PARAÍBA



Identificação do paciente			
ID	Nome		Sexo
1118245	SEVERINO GERONÇO DE ARAUJO		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
14/05/1967	49 anos 6 meses 5 dias	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		Prontuário
MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO	GERONÇO BENEDITO DE ARAUJO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
	EDUARDO DA SILVA FELIX - OUTRO PARENTE		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	96080632		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	1387404		
Local de procedência	Tipo		UF
MARI	MUNICÍPIO		PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	MARI		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58345000	MARI	PB	PIRIPIRI
Número SN	Complemento	Bairro	
		ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
19/12/2016 00:59:51	1000004209744	SUS	
Especialidade	Clínica		
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
X			
Exames complementares			
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	Liquor []		
ECG []			Ultrassonografia []
TOMOGRAFIA			
TIPO ...			
DATA ...			
HORA ...			
NOME TÊC. RAD. ...			
CID			
Atendido por			
JANAÍNA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL			

Dr. Ricardo R. Carvalho
Neurocirurgia
CRM - 6628

TOMOGRAFIA
TIPO ...
DATA ...
HORA ...
NOME TÊC. RAD. ...



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:



1000000201744
SEVERINO BERNARDO DE ARAUJO
DT. NASC.: 14/08/1987
MÃE: MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

END.: PIAUÍ
N. 34 - ZONA RURAL
MANS
FONE: ()
CELULAR: (82) 98000022
ENDER: 49
DT. ENTADA: 10/12/2018 00:05:01

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Ataque súbito de
queda de 10m de
altura.*

EXAME PRIMÁRIO

IAS

VEIAS ☒ Livres ☐ Obstruídas

ERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

HTD: ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim

HTD: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

SpO₂ _____ %

EXAME NEUROLÓGICO

Reflexos: ☐ Fotorresistente

☐ Paralisados

☐ Isotônicos

☐ Anisotônicos

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

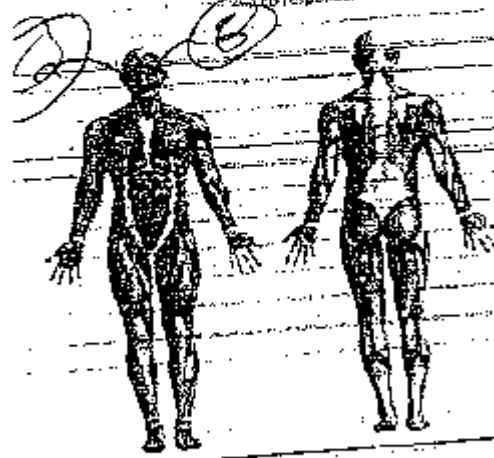
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA-VERBAL-PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo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

13

ME SECUNDÁRIO

☐ Não ☐ Sim
☐ Não ☐ Sim
☐ Não ☐ Sim
☐ Não ☐ Sim
☐ Não ☐ Sim

Identifique o local com o número correspondente ao lado



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

OBS:

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

EXAMES SOLICITADOS
☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada
☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

CODIGO

ASSINATURA E CARIMBO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da
 Solicito parecer de
 DESTINO DO PACIENTE
 DATA
 CA
 SAÍDA
 HORAS

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar
☐ Óbito
☐ Decisão médica
☐ Até 48 hs
☐ Após 48 hs
☐ Avaliação
☐ Família
☐ IMPL
☐ Desistência
☐ SVO

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA/CARIMBO



12000004282744 BE: 968452
SUBVENCION GERONIA DO DO AMANJO
DT. NAC. 14/08/1961
NOME: MARCIA LEONORA DA CONCEI SAO

END: PIRPIM
N. SN - ZONA RURAL
MARZ
FONE: ()
CELULAR: (03) 98028532
IDADE: 48
DT. ENTRADA: 19/12/2018 RG: 44.441

BE/PRONT

NOME DO PACIENTE

[illegible]

968452

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 22/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H ~~1º 500~~ 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA ~~06~~ V.O
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H ~~Δ6~~ 22 04 40
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H ~~Δ6~~ 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURA FRONTORBITARIO D + FRATURA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRENCIA

TC CRANIO PARA 21/12/16

CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

BMF

Dr. José Lopes de Sousa Filho
Neurocirurgião
CRMPE - 6676

968452. B

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 21/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H 1º 500 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA 06
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H 22 04 10
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H 10 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR 21 (99) 04 (99)
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURAS MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

IMPRESSO EM 21/12/2016
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 20/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV D1X AO DIA 06
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CAPTOPRIL 25MG VO DU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL-ORBITÁRIAS D + FRATURAS MAXILARES D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

Solamente avaliação da BNF

22 { PA
HGT

04 { PA
HGT

30 { PA
HGT



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETS

B.E./ PRONTUÁRIO		968452	
DATA:		12/12/16	
LEITO:			
NOME DO PACIENTE:		Severino Genaro de Araújo	
PROFISSIONAL:		ENFERMEIRA	
NOME DO MEDICAMENTO		NOME DO MEDICAMENTO	
DOSE		DOSE	
VIA DE ADMINISTRAÇÃO		VIA DE ADMINISTRAÇÃO	
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO	
EVALUAÇÃO		EVALUAÇÃO	
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO		ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO	



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Leonor Gonçalves de Amorim portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S-06, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 23.12.14


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

EM ANEXO

EM ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

1307404 SSP PB

CPF
 021.860.084-40

DATA NASCIMENTO
 14/06/1967

FILIAÇÃO
 GERONCO BENEDITO DE ARAUJO
 MARIA LEONOR DA CONCEICAO

PERNAMBUCO ACC C/ALIAS A

Nº Protocolo
 06437903984

VALIDADE
 28/10/2019

1ª Emissão
 17/08/2015

OBSERVAÇÕES

Assinatura do titular: *Severino Geronco de Araujo*
 Assinatura do responsável: *Arade*
 Local: SAPE, PB Data Emissão: 19/08/2016

03934011644
 00033084360

PROIBIDO PLACATAGEM
 1290243754

DOCUMENTO 5 *1846*

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 01 JUN. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB Nº 012507302340

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

DATA DE EMISSÃO 09/05/2016

SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
PLACA 02186008440

CHASSI 9C2KC1550AR095384

INOVAR 9C2KC1550AR095384

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN EST

ANO FAB 2010 **ANO MOD** 2010

CAP / POT / CIL 150 / 14.9 / 4 **CATEGORIA** PARTIO

COA / PREDOMINANTE VERMELHA

COA ÚNICA 9C2KC1550AR095384

IPVA PAGO EM 04/05/2016

FAIXA 1 **PARCELAMENTO / COTAS** 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.000,00 **PREMIO TOTAL (R\$)** 1.000,00

DATA DE PAGAMENTO 04/05/2016

SEGURO CP AIG 04/05/2016

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MAPA PB **LOCAL**
DATA 09/05/2016

40665
09/05/2016
09/05/2016
09/05/2016
09/05/2016
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT
PB Nº 012507302340 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO 2016 **DATA EMISSÃO** 09/05/2016

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

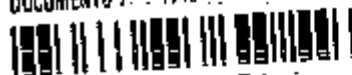
PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

PLACA 02186008440 **CHASSI** 9C2KC1550AR095384

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO

Eu, SEVERINO GERONÇO DE ARAÚJO, RG 1.387.404-PB, CPF 021.860.084-40, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 18/12/16, fui socorrido por TENEGINOS e levado ao hospital AO CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO À SAÚDE - MARÍ - PB.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC-005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa"

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade Ideológica

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

Parágrafo único – se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsidade ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

João Pessoa, 30 de maio de 2017.

Severino Geronço de Araújo
Declarante

Claudio José Augusto Marinho
Testemunha

Manoel Jacinto da Silva
Testemunha



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916 **Cidade:** Mari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916

Cidade: Mari

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916

Cidade: Mari

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

