

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180527604
Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Data do Acidente: 05/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180527604**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527604

Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180527604

Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

071.340.564-30

Jelson Araújo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jelson Araújo dos Santos	CPF titular da conta	071.340.564-30	Profissão	Recebido - se
Endereço	Rua João Romolino	Número	129	Complemento	
Bairro	Ribeirão	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	ccz-odex@gmail.com	CEP	58020 - 200	Telefone (DDD)	031-98840-5530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPROV. RESIDÊNCIA

18 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	ACIMA DE R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		64032	6
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

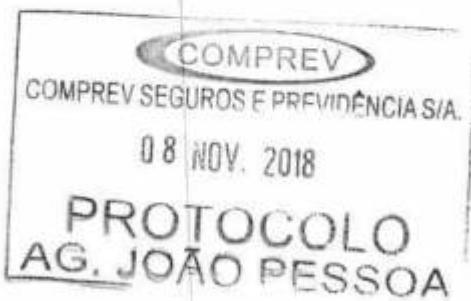
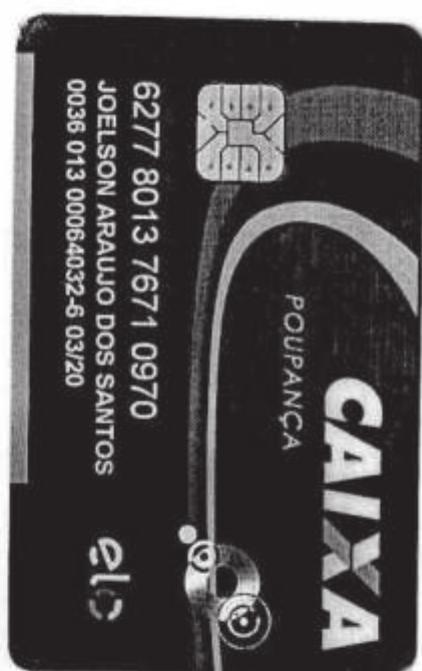
João Pessoa-PB 07 de novembro de 2018

Local e Data

Jelson Araújo dos S

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 44/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB PROFISSÃO: PORTEIRO DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1983 IDADE: 35 ANOS RG: 2.649.970 SSP/PB CPF: 071.340.564-30 FILIAÇÃO: SEVERINO DO RAMO TELES DOS SANTOS E MARGARIDA TELES DOS SANTOS ENDEREÇO: RUA JOÃO RAMALHO, Nº. 129, ROGER, JOÃO PESSOA-PB. TELEFONE: 83-98653-2022 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO COR DA PELE: BRANCO DIA DO OCORRIDO: 05/05/2018 LOCAL DO FATO: BAIRRO ILHA DO BISPO, VIA OESTE, JOÃO PESSOA-PB.

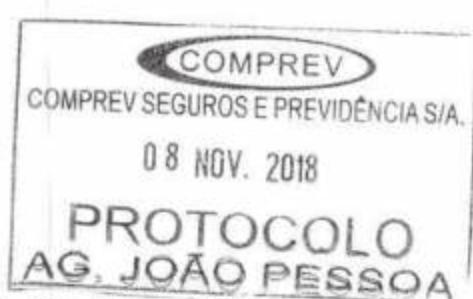
HISTÓRICO: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS AFIRMA QUE NO DIA 05/05/2018 POR VOLTA DAS 22:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/XR 250 TORNADO DE PLACA MOC-7405/PB, CHASSI Nº. 9C2MD34008R020787, DE PROPRIEDADE DA SRA HERICKA MAIA TRIGUEIRO, PELA VIA OESTE, NO BAIRRO ILHA DO BISPO, NAS PROXIMIDADES DE UMA FÁBRICA DE CIMENTO, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, TEVE A TRASEIRA DO VEÍCULO ATINGIDA POR UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Jóelton Araújo dos S

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.266-1

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jelson Araujo dos Santos

CPF da Vítima

071.340.564-30

Data do Acidente

05/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

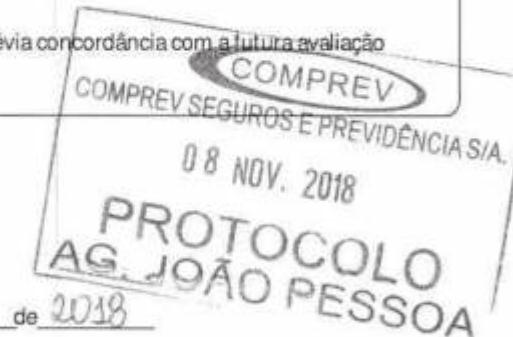
Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Pessoa - PB 07 de novembro



Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

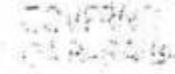
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira



Sociedade Brasileira de Emergência e Trauma



AV. ORESTES LISBOA, 50 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166703

Boleto de Atendimento: 1080135



Identificação do paciente

ID 561166	Nome JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Sexo Masculino		
Data de nascimento 06/03/1983	Idade 35 anos 1 mes 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prendido
Mãe MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS			Pai SEVERINO DO RAMO TELES DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parente) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987378422		DDD Fixo	Pendente
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 39970		Nº Crm 701204070377116	
Local de procedência ALTO DO MATEUS			Tipo BAIRRO	PG
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58020200	Município de residência JOAO PESSOA	JF PB	Logradouro João Ramalho
Número SN	Complemento		Bairro Roger

Admissão

Data e Hora 05/06/2016 23:19:24	Número da puseira 1000004248735	Convenio SUS
------------------------------------	------------------------------------	-----------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Clínica

Origem do paciente
RODOVIADetalhe do acidente
VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Transportado Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA: X mmHg

Peso

Temperatura

Tudo

Não

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquido []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Dra. *Wanda G. L. G. da Silva*
Enfermeira *Ag. Vitoria*
08/06/2016 23:19:24

Diagnóstico

Atendido por
EDILEUZA VENTURA DA SILVA

COMPREV Tempo
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relatório para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - N° 013.845.130



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS
RUA JOAO RAMALHO 129
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/275902-5

REFERÊNCIA
OUT/2018

APRESENTAÇÃO
11/10/2018

CONSUMO

96

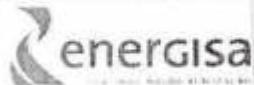
VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 89,78

Acesse: www.energisa.com.br



MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS

Roteiro: 06-001-081-4080

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/11/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/10/2018	R\$ 89,78	275902-2018-10-4



CAVA

A vida pede mais que um banco



三

CFC RECEIPT SEE PAGE 6

DATA DE POSTAGEM: 04/05/2016

ADALSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



8127209

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Quirino Loureiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joãozinho dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.340.564 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Joãozinho dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.340.564 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade	Telefone comercial (DDD)	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>83-3506-1910</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>
<u>ccf.adv3@gmail.com</u>				

João Pessoa-PB 07 de novembro de 2018
Local e Data:
Adailson Luiz de Quirino Loureiro Assinatura do Declarante
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documento de Alta

Nome: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS			Número Prontuário: 108579
Data de 08/03/1983	Sexo: Masculino	Data de Internação: 06/05/2018 02:23:15	Data de Alta: 09/05/2018 10:59:51
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR. PERMANECER EM REPOUSO EM SEU DOMICÍLIO POR MAIS 7 DIAS. MANTER COM HIDANTAL 100MG VIA ORA DE 8 EM 8 HORAS. RETORNO AO HTOP EM 30 DIAS.			
Resumo da Internação: #NCR Acidente motocicístico -> TCE -> HSAT FP Direita Paciente evolui com bom estado neurológico. Sem intercorrências. Ao exame ECG 15/15 Sem déficits motores Iso/foto			
Resultado de Exames: TC CRÂNIO COM HSAT BILATERAL CONTUSÕES FP.			
Tratamento: VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA. MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO INTRAHOSPITALAR.			
Diagnóstico: S04.9 - Traumatismo de nervo craniano não especificado			
Recomendações: ALTA HOSPITALAR. PERMANECER EM REPOUSO EM SEU DOMICÍLIO POR MAIS 7 DIAS. MANTER COM HIDANTAL 100MG VIA ORA DE 8 EM 8 HORAS. EM CASO DE VÔMITOS, DESORIENTAÇÃO, CRISE CONVULSIVA E CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE SEM MELHORA, RETORNA AO HEETSHL. RETORNO AO HTOP EM 30 DIAS.			

Data: 09/05/2018

 JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
 CRM: 7030 - PB



Dr. Lavoisier Feitosa Neto
 Neurocirurgião Endovascular
 CRM: 7030 - PB



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 1080135 e PRONTUÁRIO nº 108579

PACIENTE: JOELSON ARAÚJO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 08.03.83

Data e Hora do Atendimento: 05.05.18

Horário: 23:19h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE com ferimento corto-contuso na região occipital esquerda, escoriações nos mmss, escoriações e dor no joelho esquerdo, dor e edema nos tornozelos. Atendido pelo Dr. José Lavoisier Feitosa Neto CRM 7030, Dr. Roberto Ciraulo Junior CRM 4087, Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742, Dr. Fabio Kennedy Almeida Trigueiro CRM 3945.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + CONTUSÃO FRONTAL
BILATERAL CID 10 S 06 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, da cirurgia geral, Tomografia computadorizada de crânio, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 09.05.18 às 10:59h

Data da Emissão: 30.07.18

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CSEHETSHL
CRM- 3920

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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	1080135	05/05/2018 23:19:24	
Data de nascimento 08/03/1983	Idade 35a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS 701204670377116
Maria MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS			
Endereço João Ramalho, 5N	Bairro Roger	Município JOÃO PESSOA	Telefone de Contato (83) 987378422
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 23:30:43	Nº Cons. Regional 4087/PB

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME, EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, PUPILAS FOTORREAGENTES. CABEÇA: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL ESQUERDA. TÓRAX: DOR À PALPAÇÃO EM PAREDE DO HTE. ABDÔMEN: SEM DOR À PALPAÇÃO. MMSS: ESCORIAÇÕES EM AMBOS OS MMSS. MMII: ESCORIAÇÕES E DOR NO JOELHO E, DOR E EDEMA EM TORNOZELOS.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS/ML)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FERIMENTO E CONVULSÃO)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Roberto Cirauol Junior

Cirurgia Geral
CRM-4087ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR
(4087/PB)

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Número registrado por: EDILEUZA VENTURA DA SILVA em 05/05/2018 23:20:22

172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&...
172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS		BAE 1080135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data Baixa
Data de nascimento 08/03/1983		Idade 35a 1m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987378422
Mãe MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço João Ramalho, SN		Bairro Roger	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 01:32:50	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE POR QUEDA DE MOTO.
SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA E SEM VOMITOS.
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

SM DEFICITS

PIFR

SEM CERVICALGIA

TCC:

CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA EM FORMAÇÃO

HSAT T-P DIREITA

CD: INTERNAÇÃO

OBS NEUROLOICA

TCC EM 6 HRS

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 NOV. 2018

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 40,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIMENIDRINATO, PIRIDOXINA, VIT.B6, GLICOSE, D-FRUTOSE, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V, 6/6H, (OBSERVAÇÕES: SE NAUSEAS E/OU VÔMITOS)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 50,0 MG VIA S.N.E, 12/12H, (OBSERVAÇÕES: POR SNE - AFERIR PA ANTES)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

AFERIR PA E FC

HGT 6/6HS

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

UREIA - SORO

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

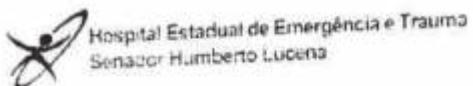
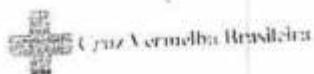
Conduta

Em observação

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)





AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS		BAE 1060135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data Baixa
Data de nascimento 08/03/1983		Idade 35a 1m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987378422
Mãe MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS		Bairro Roger	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço João Ramalho, SN		Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24		Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 01:06:10

Anamnese

PACIENTE RETORNA DO CDI:

1) IS FAST: Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.
Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

RX TÓRAX: Sem sinais de fraturas evidentes de arcos costais ou derrame pleural ou hemopneumotórax.

Conduta

Em observação

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA - TRAUMA SENADOR H

Data: 08/05/2018 08:00

Unidade: HANDEL

Edital: 1080135



PROFISSIONAL

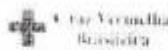
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos.	Aprazamento
1 DIETA LIVRE	3.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		EV		24H	12 32
3 DIPERFONA 500MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV		60H	23 05/31
4. Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		EV		IX AD DIA	05
5. OMEPRAZOL	40.0	MG		EV			
6. Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML		EV			
7. FENITOTINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 1ML)	2.0	ML		EV		60H	31 05/09
8. Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		EV		12/12H	14 05
9. CETOGRIFENO 100 MG	100.0	MG		EV			
10. Diluir em SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		EV			
11. CABECERA ELEVADA A 30°	0.0						
12. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
13. TAPERONA EFC	0.0						

Para mim só tem a esse e, não consegue me
dar para amanhecer.

08 de Maio de 2018

Assinatura e Cachorro do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE JOÃO PESSOA

PREScrição MÉDICA

JOSE FRANCISCO LIMA
CRM 7421
CORPO DE BOMBEIROS
CORPO DE BOMBEIROS

Data: 07/05/18 09:05
Usuário: DANIEL
Boleto: 1080135

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Pousuano	Data Prescrição
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	08/03/1983	35a 1m 29d	MASCULINO	1080135	108579	07/05/2018 09:05:09
Motivo do Amento			Endemaria / Letro			Validade da Prescrição
Convenio			AREA LARANJA - UDC B / 0009			07/05/2018 17:00:00 - 08/05/2018 17:00:00
SUS			Métricula			Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL			INTENCA
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML		EV			
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		EV			
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 OMEPRAZOL	40.0	MG		EV			1X AO DIA
Diluir em: AGUA DESTILADA	40.0	ML					
5 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		EV			
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		EV			12/12H
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 HOT E/MS	0.0						

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
CRM 7421

Daniel Espindola
Ronconi
CRM 7421

07 de Maio de 2018

Assinatura a Carinho do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 06/05/18 01:32

Usuário: TOMAS CATAO

Bolema: 1060135



PREScrição MÉDICA

Nome JOE-SON ARAUJO DOS SANTOS	Data de 06/03/1983	Idade 35a 1m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1060135	Nº Prontuário	Data Prescrição 06/05/2018 01:32:50
Motivo do Atendimento Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição 06/05/2018 01:32:00 - 07/05/2018 01:32:00	
Convenio SUS			Matrícula		Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA ZERO	00			NENHUMA			lunch
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 950ML)	1500,0	ML		E.V.		24h	95 20 20 30
3 BROMOPRIDA 10MG	2,0	ML		E.V.		SISH	05/20 20 40
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		SISH	05/21 21 20 40
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
5 TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100,0	MG		E.V.		12/12H	05 21 20 40
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
6 OMEPRAZOL	40,0	MG		E.V.		IX AO DIA	05) F
Diluir em AGUA DESTILADA	40,0	ML					
7 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		SISH	05 20 20 40
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 DIMENORINATO, PIRIDOXINA, VIT B6, GLICOSE, D-FRUTOSE	1,0	AMP	Observação: SE NÁUSEAS E/OU VÓMITOS	E.V.		SISH	3N
CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
10 LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO	50,0	MG	Observação: POR SNE - AFERIR PA ANTES	S.N.E		12/12H	05 20 20 40

06 de Maio de 2018

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA: NADOR H

Data: 06/05/18 01:32
Usuário: TOMAS CATAO
Sistema: 1080135



PRESCRIÇÃO MÉDICA

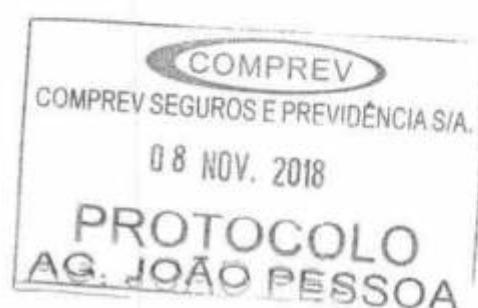
Nome JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Data de 08/03/1983	Idade 35a 1m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1080135	Nº Prontuário	Data Prescrição 06/05/2018 01:32:50
Motivo do Aendimento	Enfermidade / Lesão		Validade da Prescrição 06/05/2018 01:32:00 - 07/05/2018 01:32:00			
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
11 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						ZI
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						QAC
13 AFERIR PA E FC	0.0						DP
14 RGT 500HS	0.0		001051 216 1237 103 106				06 de 3000 de 2018

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

RAZ
TE
DR
JL
DP
GP
RR
RR



CEP: 70050-000 - Cidade: Brasília - Estado: DF - HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 05/05/18 23:36
Usuário: ROBERTO
Boletim: 1080135


PREScrição MÉDICA

Nome: JUELSON ARAUJO DOS SANTOS	Data de Nasc.: 08/03/1983	Idade: 35a 1m 28d	Sexo: MASCULINO	Nº Prontuário: 1080135	Data Prescrição: 05/05/2018 23:36:43
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição: 05/05/2018 23:36:00 - 06/05/2018 23:36:00	
Convênio: SUS	Matrícula:			Senha:	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos.	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500,0	ML		E.V.		AGORA	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		AGORA	
3 CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG		E.V.		AGORA	
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURGIA	0,0						
5 PARECER ORTO	0,0						

Roberto Cavalcanti Júnior
Cirurgião-Dentista
CRM-4067

05 de Maio de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

ROBERTO CAVALCANTI CIR. JAURO JUNIOR
CRM: 4067

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 09/05/2018 10:50:22

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1080135	Data/Hora Entrada 09/05/2018 23:19:24	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/03/1983	Idade 35	Sexo Masculino	Prontuário 108579
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 09/05/2018 10:50:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#NCR

Acidente motociclístico -> TCE -> HSAT FP Direita

Paciente evolui com bom estado neurológico. Sem intercorrências.

Ao exame

ECG 15/15

Sem déficits motores

Iso/foto

Realizou TCC(08/05/18): DIMINUTA CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL.

Cd: ALTA HOSPITALAR.

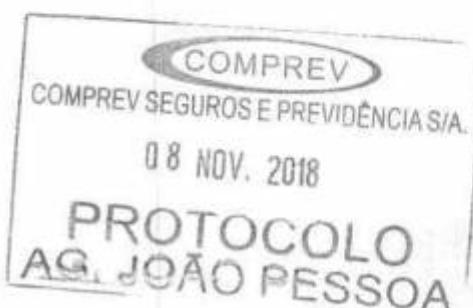
ORIENTO SINAIS DE ALERTA.

HTOP EM 30 DIAS.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Nouromedoncologista Endovenosologista
Número Conselho: CPJ: 73.7330




**AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEC P.O GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.**

 impresso por: 2018-05-08 08:39:24
versão: 1.0
Em: 08/05/2018 08:39:24

Data/Hora Entrada:

Data/Hora Saída:

Prontuário:

108579

Plano de
DIURNO

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Boletim de Aterramento 1080135	Data/Hora Entrada: 05/05/2018 23:19:24
Data de Nascimento: 03/03/1971	Idade: 35	Sexo: Masculino
		CNS: 701204070377116

Evolução médica (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 08/05/2018 08:39:24)
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTOS:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ANOTES

Ausculto cardiológico -> TCE -> HSAT FP Direita

Paciente está em ótimo estado neurológico. Sem intercorrências.

Ausculto:

ECG: 15/15

Sem déficits motores

Isquémico:

Plano de atendimento incl. TC solicitado ontem.

Plano de atendimento incl. TC solicitada ontem

 DIA: 08/05/2018 - LJO: B - Leito: 0009
 Pode ser consultado para Informação: **DANIEL ESPINDOLA RONCONI**

Int. item: Conselho: 7423

 Daniel Ronconi
 Neurocirurgião
 CRM 7423



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
 CNES: 6121221 - Tel.:

 Impresso por: DANIEL
 ESPINDOLA RONCONI
 Em: 07/05/2018 09:02:15

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1080135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/03/1983	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 701204070377116	Prontuário 108579
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 07/05/2018 09:02:04)
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

Acidente motociclistico -> TCE -> HSAT FP Direita

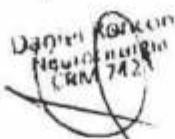
Paciente evolui com bom estado neurológico. Sem intercorrências.

 Ao exame
 ECG 15/15
 Sem déficits motores
 Isofoto

 cd.
 TC crânio controle

 Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0009
 Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselhe: 242






Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 511 - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: TORIBIO GOMES
PEREIRA
Em: 06/05/2018 02:46:44

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Boleto de Atendimento 1080135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/03/1983	Idade 35	Sexo Masculino	Prontuário 108578
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (TORIBIO GOMES PEREIRA - 06/05/2018 02:46:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA.
ALTA DA ORTOPEDIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Lelito: 0009
Profissional responsável pela informação: TORIBIO GOMES PEREIRA

Número Conselho: 6350

*Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Surgia do Joelho
CRM, nº 50*





GOVERNO
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Idade: 35
Data: 09/05/2018 10:53:28
CPF: Não Informado
Sexo Masculino
BAE: 1080135

RETORNO AO HTOP EM 30 DIAS.

TELEFONE:
32142911
32210369

Receituário

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Idade: 35
Data: 09/05/2018 10:53:28
Sexo Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1080135

RETORNO AO HTOP EM 30 DIAS.

TELEFONE:
32142911
32210369



Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
7030/PB

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Medicamento Endovenoso
Medicamento CR-11-PB 70301-090

Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
7030/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Idade 35

Data: 09/05/2018 10:52:36 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080135

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA CITADO FOI ATENDIDO
NESSE SERVIÇO.
RECEBE ALTA NA PRESENTE DATA, NECESSITANDO DE 10 DIAS DE AFASTAMENTO DE
SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.

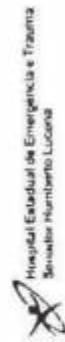
CID. S04.9

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Médico Funcionário Endovascular
Matrícula CR 1.737.732

Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
7030/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Receituário

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Idade: 35
Data: 09/05/2018 10:52:36
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1080135

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA CITADO FOI ATENDIDO
NESSE SERVIÇO,
RECEBE ALTA NA PRESENTE DATA, NECESSITANDO DE 10 DIAS DE AFASTAMENTO DE
SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.
CID. S04.9

Receituário

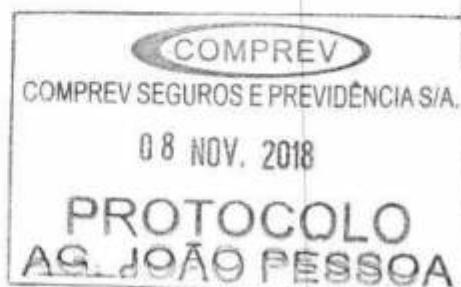
Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS
Idade: 35
Data: 09/05/2018 10:52:36
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1080135

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA CITADO FOI ATENDIDO
NESSE SERVIÇO.
RECEBE ALTA NA PRESENTE DATA, NECESSITANDO DE 10 DIAS DE AFASTAMENTO DE
SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.
CID. S04.9



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original.

apresentado. En. testemunha de verdade.
João Pessoa-PB 09/05/2018
Vila: Maria da Silva
Endereço: Rua: 28
[2018-077977] ENTRADA
SELLO DENTRADA: 40
Confira a autenticidade do documento no site: www.digitais.ups.dts.br



08 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

7030/PB

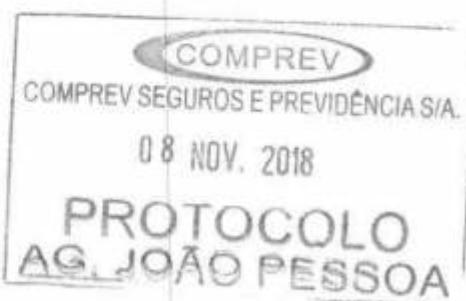
Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

7030/PB

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Neurocirurgião Endovenoso
Nº 123456789 CRLV: 23 7030

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090







COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180527604 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1,14 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



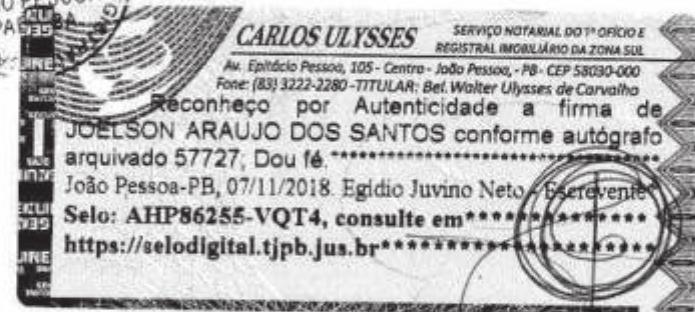
em Jaboatão dos Santos do RG n: 2.649.970 SSSDS/PB inscrito no CPF sob n: 071.340.564/30 declaro PARA OS DEVIDOS FINS QUE NE DIRIGIR DIVERSSAS VEZES ATÉ A LODA DE nome "NOSSA MOTO" localizada NA RUA VASCO DA GAMA nº BAIRRO DE JAGUARIBE NA CIDADE DE JAOÃO PESSOA - PB ONDE EFETUEI A COMPRA DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO MEU ACIDENTE NO DIA 05/05/2018, QUAL SEJA, MOTOCICLETA HONDA/XR 250 TORNADO DE PLACA MOC-7405 PB CHASSI 9C2MD34008R020787 E PEDEI PARA QUE FOSSE FEITO A ASSINATURA DA DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EXIGIDO PELA SEGUROADORA OU QUE A MÉNOS FOSSE MIM ENTREGUE O RECIBO DE COMPRA E VENDA DO VEÍCULO REFERIDO VEÍCULO PRO O QUE HOUVEU A UNTA RESISTÊNCIA DA PROPRIETÁRIA DA LODA SE NEGANDO A ASSINAR E ENTREGAR TAIS DOCUMENTOS SEM DAR QUALQUER TIPO DE JUSTIFICATIVA,

08 NOV 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PELA PROPRIETARIA NÃO SÃO TRACOS
PREDIZOS, NO TOCANTE, AO PAGAMENTO
DA INDENIZAÇÃO DO DPVAT EM
QUE TENHO DIREITO.

JOÃO PESSOA, 07 DE NOVEMBRO DE 2018.

Joelson Araujo dos Santos



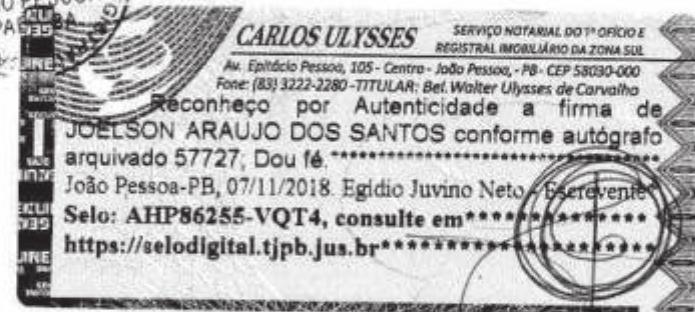
em Jaboatão dos Santos do RG n: 2.649.970 SSSDS/PB inscrito no CPF sob n: 071.340.564/30 declaro PARA OS DEVIDOS FINS QUE NE DIRIGIR DIVERSSAS VEZES ATÉ A LODA DE nome "NOSSA MOTO" localizada NA RUA VASCO DA GAMA nº BAIRRO DE JAGUARIBE NA CIDADE DE JAOÃO PESSOA - PB ONDE EFETUEI A COMPRA DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO MEU ACIDENTE NO DIA 05/05/2018, QUAL SEJA, MOTOCICLETA HONDA/XR 250 TORNADO DE PLACA MOC-7405 PB CHASSI 9C2MD34008R020787 E PEDEI PARA QUE FOSSE FEITO A ASSINATURA DA DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EXIGIDO PELA SEGUROADORA OU QUE A MÉNOS FOSSE MIM ENTREGUE O RECIBO DE COMPRA E VENDA DO VEÍCULO REFERIDO VEÍCULO PRO O QUE HOUVEU A UNTA RESISTÊNCIA DA PROPRIETÁRIA DA LODA SE NEGANDO A ASSINAR E ENTREGAR TAIS DOCUMENTOS SEM DAR QUALQUER TIPO DE JUSTIFICATIVA,

08 NOV 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PELA PROPRIETARIA NÃO SÃO TRACOS
PREDIZOS, NO TOCANTE, AO PAGAMENTO
DA INDENIZAÇÃO DO DPVAT EM
QUE TENHO DIREITO.

JOÃO PESSOA, 07 DE NOVEMBRO DE 2018.

Joelson Araujo dos Santos





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



CERTIDÃO

COMUNICANTE: CERTIFICO EM RAZÃO DO MEU OFÍCIO QUE COMPARCEU A ESTA DP O SENHOR JOELSON ARAUJO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, PORTEIRO, PORTADOR DO RG Nº. 2.649.970 SSP/PB, INSCRITO NO CPF SOB O Nº. 071.340.564-30, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA JOÃO RAMALHO, Nº. 129, ROGER, JOÃO PESSOA-PB PARA RATIFICAR AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO REGISTRO DA OCORRÊNCIA Nº. 44/2018 ONDE FOI NOTICIADO O ACIDENTE DE TRÂNSITO NO QUAL SE ENVOLVEU QUANDO TRAFEGAVA COMO CONDUTOR DA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR 250 TORNADO DE PLACA MOC-7405/PB, CHASSI Nº. 9C2MD34008R020787, DE PROPRIEDADE DA SRA HERICKA MAIA TRIGUEIRO, E NOTICIAR QUE A REFERIDA PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO SE RECUSOU A ASSINAR A DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE EXIGIDA PELA SEGURADORA LIDER PARA A CONCESSÃO DO SEGURO DPVAT AO NOTICIANTE, QUE O MESMO É VERDADE, MOTIVO PELO QUAL RATIFICA O FATO E SOLICITA A RESPECTIVA CERTIDÃO E/OU AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS

COMUNICANTE: Joelson Araújo dos Santos

ELABORADO POR: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cabedelo-PB, 17 de agosto de 2018



— 1 —

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180527604 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1,14 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180527604 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1,14 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

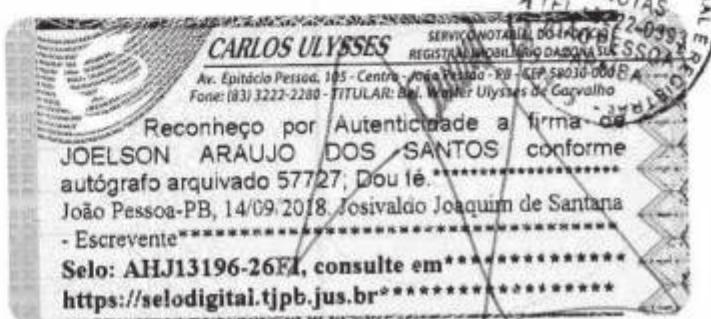
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jedson Araújo dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSÃO: Pintor **Nº DO RG:** _____
ORGÃO EMISSOR: DITRAN - PB **DATA DE EMISSÃO:** 31/07/14
Nº DO CPF: 071.340.564-30 **ENDEREÇO:** Rua João Ramalho
nº 129, Bairro Recreio, João Pessoa - PB, 6458020-200

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jedson Araújo dos Santos, ao qual tem direito o outorgante, junto à qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407612/18

Número do Sinistro: 3180527604

Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

CPF: 071.340.564-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/12/2018

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 13/12/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407612/18

Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

CPF: 071.340.564-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS : 071.340.564-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/11/2018

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 08/11/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407612/18

Número do Sinistro: 3180527604

Vítima: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

CPF: 071.340.564-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/11/2018

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 12/11/2018

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA