

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

Carta nº 13580130



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

Carta nº 13581376



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

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:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joelson Araújo dos Santos		CPF titular da conta	071.340.564-30	Profissão	Recebeu - 02
Endereço	Rua João Romalho		Número	129	Complemento	
Bairro	Rego	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
Email	ccf-odv@gmail.com				58020 - 200	Telefone (DDD)
					031-55349-5530	

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

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
<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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0036		64032	6
(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.

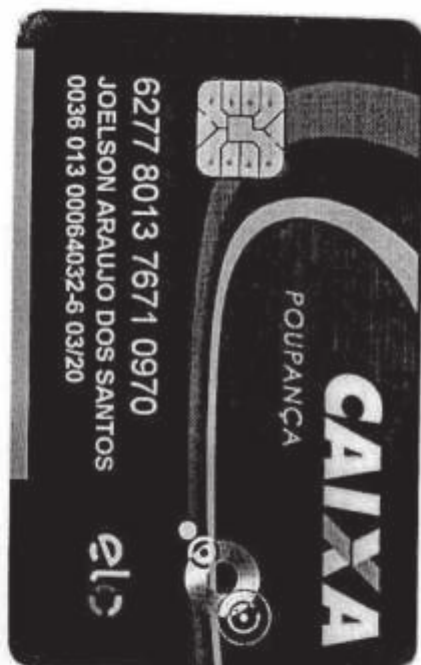
João Pessoa - PB 07 de novembro de 2018

Local e Data

Joelson Araújo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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 NOTICIUO O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante:

X Joelson Araujo dos Santos

Vanildo

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

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



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 Araújo 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)

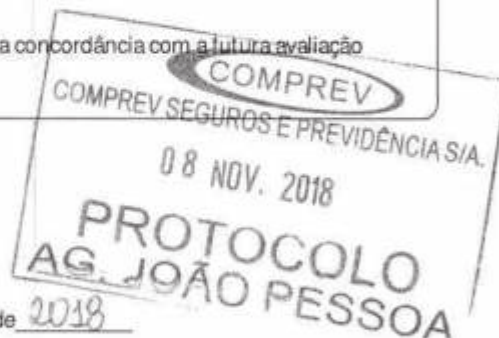
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Jelson Araújo dos Santos - PB, 07 de novembro de 2018

Local e Data

Jelson Araújo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é secundária de conta.

Nota para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 013.845.130



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

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

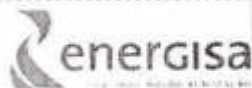
VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 89,78

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE PARA

MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS

Roteiro: 06-001-081-4080

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

VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 89,78

MATRÍCULA

275902-2018-10-4

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 08/05/2018

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



66024213



7211307021047374800797605630060516

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelson Araújo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.340.564 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Joelson Araújo 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	<u>Avenida Esperança</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
						<u>58013-430</u>
Email	<u>ccf.achv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>83-3506-1910</u>	<u>83-98849-5530</u>		

João Pessoa-PB 07 de novembro de 2018
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho
Assinatura do Declarante



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 motociclístico -> 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
Neurologista - 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

QBS: 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 vítima 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 TERCIO TRINDADE
AUDITOR CUBHEETSHL
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

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS		BAE 1080135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data Baixa
Data de nascimento 06/03/1983	Idade 35a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS 701204070377116	Telefone de Contato (83) 997378422
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 ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 23:36:43		

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 (MG/SM)
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-LORDOTICA). (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 Ciraulo Junior

Cirurgia Geral
CRM 4087

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

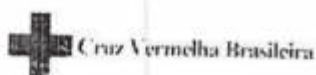
ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(4087/PB)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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	CNS 701204070377116
Mãe MARGARIDA ARAUJO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987378422
Endereço João Ramalho, SN	Bairro Roger	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 01:32:50	Nº Cons. Regional 7742/PB

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TCE POR QUEDA DE MOTO.
SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA 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., 5/6H

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)

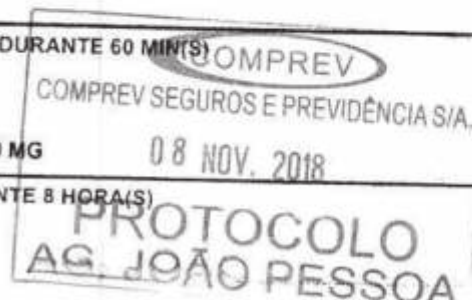
Diluir

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

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



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

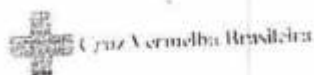
Conduta

Em observação

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	CNS 701204070377116	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 FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO		Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 23:19:24		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 01:06:10		
<p>Anamnese</p> <p>PACIENTE RETORNA DO CDI:</p> <p>US FAST: Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico. Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.</p> <p>RX TÓRAX: Sem sinais de fraturas evidentes de arcos costais ou derrame pleural ou hemopneumotórax.</p>				
<p>Conduta</p> <p>Em observação</p>				

JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SE. JOÃO PESSOA

PRONOME: FEMLEIN X

Data: 08/05/2018 16:41
 Nome: DANIEL
 Faltas: 1080135


Nome do paciente: DANIEL, DANIEL	Idade: 16	Sexo: M	Gravidade: 1	Nº: 1080135	Nº Prontuário: 1080135	Data Prescrição: 08/05/2018 08:41:15
Nome do medicamento: AREA LARAWA	Enfermagem / Leito: UDC B / 0009	Validade da Prescrição: 08/05/2018 17:00:00 - 08/05/2019 17:00:00				
Convenção: SUS	Matrícula:	Senha:				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1. DIETA LIVRE	3.0			ORAL			12/11
2. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML		E.V.		24H	1- 2- 3-
3. DIFTERIA 300 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		60H	1- 23.05.11
4. OMEPRAZOL	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
5. FENTIDINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		80H	1- 01 09
6. CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	1- 05
7. CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						12/11
8. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						12/11
9. ARTERIAL PAFC	0.0						12/11

Paciente sem a esse, não consegue mais falar com a nova amen de.

Daniel Daniel
 N° 7427

08 de Maio de 2018

Lucy

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA E NADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 07/05/18 09:05

Usuário: DANIEL

Bolém 1080135



Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Pontuação	Data Prescrição
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	06/03/1983	35a 1m 29d	MASCULINO	1080135	108579	07/05/2018 09:05:09
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
	ÁREA LARANJA - UDC B / 0009	07/05/2018 17:00:00 - 08/05/2018 17:00:00				
Convênio	Matrícula	Senha				
SUS						

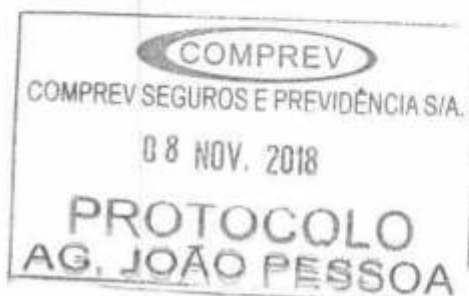
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL			17:00:00
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML		E.V.			17:00:00
3 DIFIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	17:00:00
4 OMEPRAZOL	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	17:00:00
5 FENITOINA 500MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	17:00:00
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	17:00:00
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
9 APERIUR PA E FC	0.0						
10 HQT 8/8H	0.0						

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
CRM 74273

Daniel Espindola Ronconi
Neurocirurgia
CRM 74273

07 de Maio de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 06/05/2018 01:32

Usuário: TOMAS CATÃO

Boleim 1080135



PRESCRIÇÃO MÉDICA

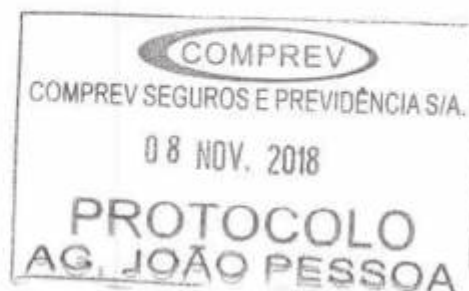
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	08/03/1983	35a 1m 28d	MASCULINO	1080135		06/05/2018 01:32:50
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
		06/05/2018 01:32:00 - 07/05/2018 01:32:00				
Convênio	Matrícula		Senha			
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
1 DIETA ZERO	00			NENHUMA			(unb)
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1500.0	ML		E.V.		24H	05 22 13
3 BROMOPRIDA 10MG	2.0	ML		E.V.		8/8H	05 25 45
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	05 21 27 25 7
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
5 TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100.0	MG		E.V.		12/12H	05 27 45
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
6 OMEPRAZOL	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	(05) F
Diluir em: AGUA DESTILADA	40.0	ML					
7 FENITORIA 500MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	05 13 25 8
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 DIMENIDRINATO, PRIDOXINA, VIT B6, GLICOSE, D-FRUTOSE	1.0	AMP	Observação: SE NAUSEAS E/OU VÔMITOS	E.V.		8/8H	SN
9 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	05 27 05
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 27 05

06 de Maio de 2018

TOMAS CATÃO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA NADOR H

Data: 06/05/18 01:32

Usuário: TOMAS CATAO

Boleim 1080135



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

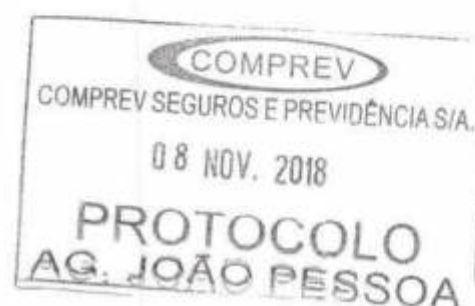
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
11 CARFECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						21
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						21
13 AFERIR PA E FC	0.0						21
14 HGT 6/HS	0.0		08/05/18 01:32:00			21/106	21

06 de Maio de 2018

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

RAZ
TE
CP
JLA
ST
HIQ
ST
AP
--
--
--



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


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	08/03/1983	35a 1m 28d	MASCULINO	1080135		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	Matrícula			Senha		
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agrazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500.0	ML		E.V.		AGORA	
2 DIFENIDOL 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 NEUROCIRURGIA	0.0						
5 PARECER ORTO	0.0						

Roberto Cavalcanti Chaulo Junior
CRM 4087
Assinatura e Carimbo do Profissional

05 de Maio de 2018

ROBERTO CAVALCANTI CHAULO JUNIOR
CRM: 4087





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 09/05/2018 10:50:22

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
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 108579
			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 deficits 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 Feitoso Neto
Neurointervencionista Endovascular
CRM: 123.7030



tr: ilera



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Impresso por: [...]
Data/Hora: 05/05/2018 08:39:24

Paciente	JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Bolém de Atendimento	1080135	Data/Hora Entrada	05/05/2018 23:19:24	Data/Hora Saída	
Data de Nascimento	03/03/1973	Idade	35	Sexo	Masculino	CNS	701204070377116
Convênio	SUS					Planta	DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ANOTAÇÃO

Acidente automobilístico -> TCE -> HSAT FP Direita

Paciente em bom estado neurológico. Sem intercorrências.

Admissão

ECG 15:05

Sem déficits motoras

Isotético

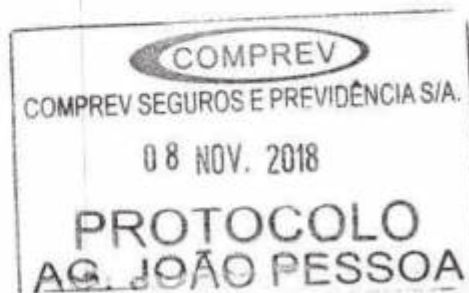
Paciente em bom estado. TC solicitado ontem.

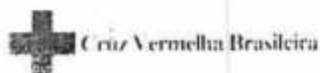
Paciente em bom estado. TC solicitada ontem

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO - LJC B - Leito: 0009
Paciente em bom estado. TC solicitada ontem

Resumo Clínico: 7423

Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM 7423





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108579	Plantão DIURNO

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

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 deficits motores

Iso/foto

cd.

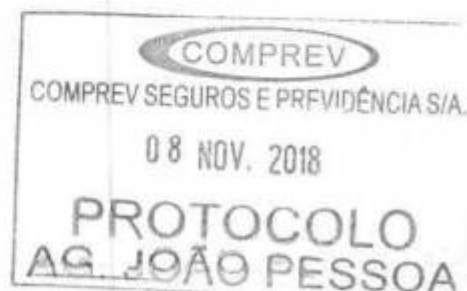
TC cranio controle

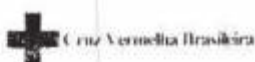
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0009

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7420

Daniel Ronconi
Nº 7420
CRM 7420





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUSOIA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 6121221 - Tel:

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

Paciente JOELSON ARAUJO DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1080135	Data/Hora Entrada 05/05/2018 23:19:24	Data/Hora Saida
Data de nascimento 06/03/1983	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 701204070377116
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108578	Plantão NOTURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

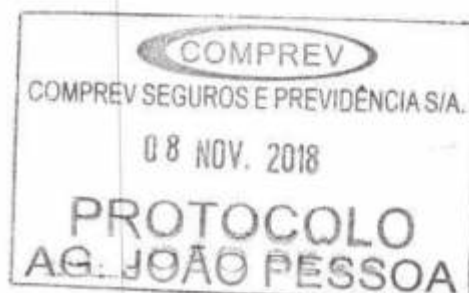
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA.
ALTA DA ORTOPEDIA

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: TORIBIO GOMES PEREIRA

Número Conselho: 6350

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
C.R.M. - 63.50





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

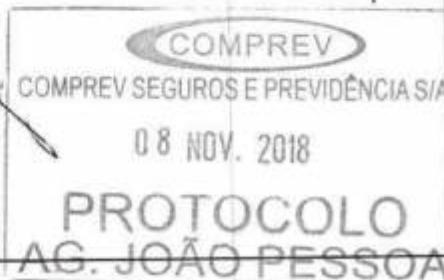
Idade 35

Data: 09/05/2018 10:53:28 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080135

RETORNO AO HTOP EM 30 DIAS.

TELEFONE:
32142911
32210369

[Handwritten signature]



Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Medicine Especialista Endocrinologia
Atuação em João Pessoa - PB 7030

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

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

[Handwritten signature]

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Medicine Especialista Endocrinologia
Atuação em João Pessoa - PB 7030

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



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 - Especialista Endovascular
Nº de Registro: 057.1-PB 700

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

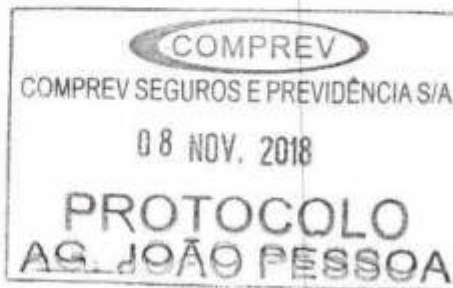


GOVERNO
DA PARAÍBA

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
Neurologista Endovascular
Nº de Registro CRM-PB 7939

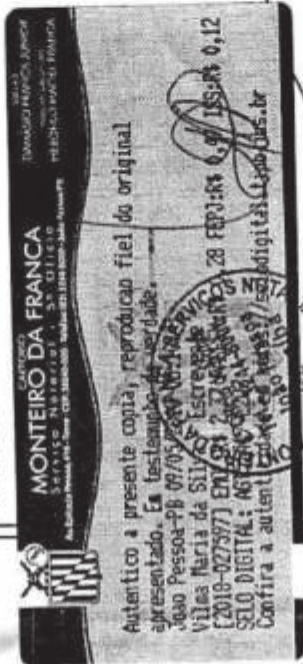
Dr. JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
7030/PB

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

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
Neurologista Endovascular
Nº de Registro CRM-PB 7939

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

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

NOME
JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2649970 SSP PB

CPF
071.340.564-30

DATA NASCIMENTO
08/03/1983

FUNÇÃO
SEVERINO DO RAMO TELES
DOS SANTOS
MARGARIDA ARAUJO DOS
SANTOS

PERMISSÃO
ACB

ACC
ALB

VALIDADE
10/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
22/05/2013

Nº REGISTRO
05785168681

904389274

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

904389274

OBSERVAÇÕES

Joelson Araujo dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

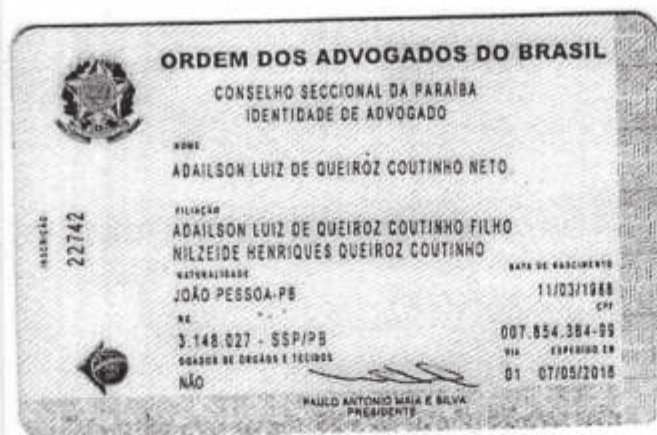
DATA EMISSÃO
11/07/2014

Rodolfo Carneiro
ASSINATURA DO EMISSOR

99686460816
PB028762860

DETRAN - PB (PARAÍBA)

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930781351
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0097913465-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME HERICKA MAIA TRIGUEIRO

CPF / CNPJ 72655135415

PLACA MOC7405/PB

PLACA ANT. / LE NOVO PB 9C2MD34008R020787

ESPECIE TIPO HONDA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO

CAP. / POT. / CIL 2 P/249 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE LARANJA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS

FAIXA / P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** SEGURO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 15/05/2018

OBSERVAÇÕES A.F. BANCO BRADESCO FINANC SA

CABEDELO - PB LOCAL 17/05/2018

37788



Assinatura

33294

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

PB Nº 013930781351 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 72655135415 PLACA MOC7405/PB

00979134650 HONDA / XR 250 TORNADO

2008 9C2MD34008R020787

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

33294-1134152-20180517

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
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

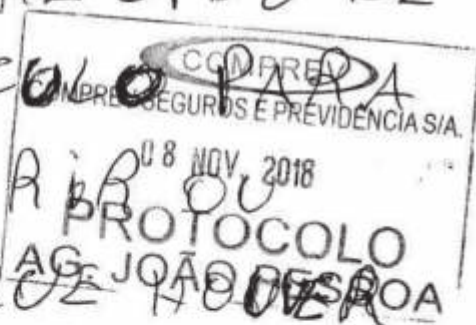
Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

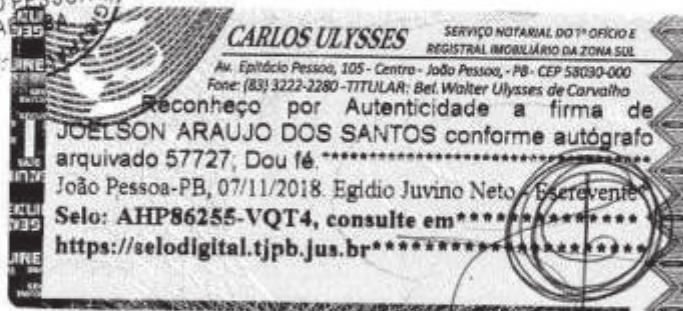
Eu João Araújo dos Santos de RG N: 2.649.970 SSDS/PB inscrito no CPF sob N: 077.340.564/30 declaro PARA OS devidos fins que me DIRIGIR DIVERSAS VEZES A LODA DE nome "NOSSA MOTO" LOCALIZADA NA RUA VASCO DA GAMA NO BAIRRO DE JAGUARIBE NA CIDADE DE JAO PESSOA-PB ONDE EFETUEI A COMPRA DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO MEU ACIDENTE NO DIA 05/05/2018, QUAL SEJA, MOTOCICLETA HONDA/XR 250 TORNAO DE PLACA MOC-7405 PB CHASSI 9C2MD34008R020787 E PEDI PARA QUE FOSSE FEITO A ASSINATURA DA DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO EXIBIDO PELA SEGURADORA OU QUE A MENOS FOSSE MIN ENTREGUE O RECIBO DE COMPRA E VENDA DO VEICULO QUE EU PODESSE TRANSFERIR OU REFERIDO VEICULO PRO O QUE HOUVER NUNTA RESISTENCIA DA PROPRIETARIA DA LODA SE NEGANDO A ASSINAR E ENTREGAR TAIS DOCUMENTOS SEM DAA QUALQUER TIPO DE JUSTIFICATIVA,



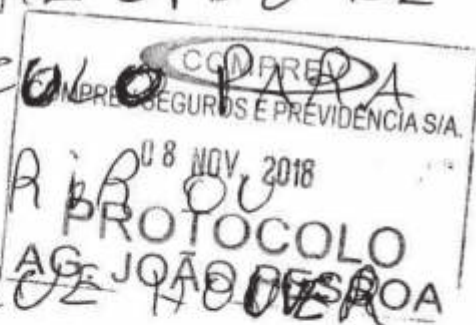
PELA PROPRIETARIA NÃO NIM TRAGA
PREJUIZOS, NO TOCANTE, AO PAGAMENTO
DA INDENIZAÇÃO DO DPVAT EM
QUE TENHO DIREITO.

JOÃO PESSOA, 07 DE NOVEMBRO DE 2018.

Joelson Araujo dos Santos



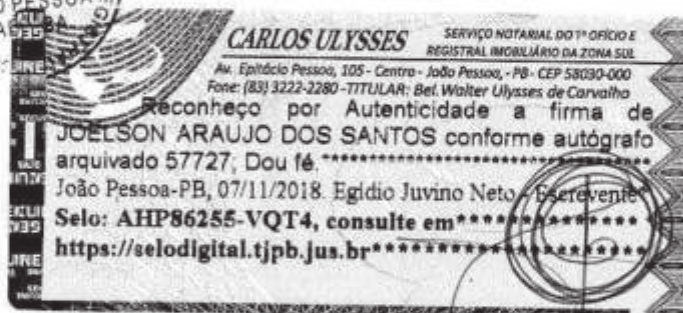
Eu João Araújo dos Santos de RG N: 2.649.970 SSDS/PB inscrito no CPF sob N: 077.340.564/30 declaro PARA OS devidos fins que me DIRIGIR DIVERSAS VEZES A LODA DE nome "NOSSA MOTO" LOCALIZADA NA RUA VASCO DA GAMA NO BAIRRO DE JAGUARIBE NA CIDADE DE JAO PESSOA-PB ONDE EFETUEI A COMPRA DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO MEU ACIDENTE NO DIA 05/05/2018, QUAL SEJA, MOTOCICLETA HONDA/XR 250 TORNAO DE PLACA MOC-7405 PB CHASSI 9C2MD34008R020787 E PEDI PARA QUE FOSSE FEITO A ASSINATURA DA DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO EXIBIDO PELA SEGURADORA OU QUE A MENOS FOSSE MIN ENTREGUE O RECIBO DE COMPRA E VENDA DO VEICULO QUE EU PODESSE TRANSFERIR OU REFERIDO VEICULO PRO O QUE HOUVER NUNTA RESISTENCIA DA PROPRIETARIA DA LODA SE NEGANDO A ASSINAR E ENTREGAR TAIS DOCUMENTOS SEM DAA QUALQUER TIPO DE JUSTIFICATIVA,



PELA PROPRIETARIA NÃO NEM TRAGA
PREJUIZOS, 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 COMPARECEU 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: x Joelson araujo dos santos

ELABORADO POR: Vanildo Wanderley Lins Filho, Policial Civil.

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



Cabedelo-PB, 17 de agosto de 2018



10

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 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Joelson Araújo dos Santos</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Retire</u>	Nº DO RG:	
ORGÃO EMISSOR:	<u>Dtiron-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>31/07/14</u>
Nº DO CPF:	<u>071.340.564-30</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua João Romalhy</u> <u>nº 129, Bairro Riachão, João Pessoa - PB, Cep 58020-200</u>

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 Joelson Araújo dos Santos, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Lider 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 Lider 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.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa - PB

14 de Setembro

Joelson Araújo dos Santos

Outorgante

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

CARLOS ULYSSES SERVIÇO NOTARIAL DO 4º OFÍCIO DE REGISTRO IMOBILIÁRIO DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB
Av. Epitácio Pessoa, 185 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58030-000
Fone: (83) 3222-2288 - TITULAR: Dr. Carlos Ulysses de Carvalho

Reconheço por Autenticidade a firma de JOELSON ARAUJO DOS SANTOS conforme autógrafo arquivado 57727, Dou fé.
João Pessoa-PB, 14/09/2018. Josivaldo Joaquim de Santana - Escrevente

Selo: AHJ13196-26FA, consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

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

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 08/11/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

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

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA