

---

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180183255

**Vitima:** NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

**Data do Acidente:** 31/10/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183255**.

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, 02 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de: NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS**

**Nº Sinistro: 3180183255**

**Vitima: NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS**

**Data do Acidente: 31/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180183255**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **31/10/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

01816269425

Nome completo da Vítima

Nailson Dutra de S. Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Nailson Dutra de Vasconcelos Santos	01816269425	Agropecuário
Endereço	Número	Complemento
Rua Projeta da	972	
Bairro	Estado	CEP
Albionha	PB	58324000
Email	Telefone (DDD)	
duarte.esilva.adm@outlook.com	986634900	

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\$ 1.001,00 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	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

102675

0

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

Nº

CONTA

Nº

D/V

D/V

(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.

*Spaí Pessoa, 05 de abril de 2018*

Local e Data

*Nailson Dutra de Vasconcelos Santos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



22 ABR 2003  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESCA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00248.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00248.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:01 horas do dia 07 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Nailson Dutra de Vasconcelos Santos**, CPF nº 018.162.694-25, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Diana Dutra de Vasconcelos Santos e Newton de Souza Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/05/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praia Bela, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99102-4408.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 101, Sítio Andreza, Praia Bela, Pitimbu/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 31/10/16 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, no dia 31/10/2016, POR VOLTA DAS 17:00HS, QUANDO TRANSITAVA COM O VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, NO SÍTIO ANDREZA, NA CIDADE DE PITIMBU, NESTA CAPITAL, MARCA E MODELO: HONDA /CG 125 TITAN KS DE COR VERDE, PLACA KKJ6621/PE, CHASSI Nº 9C2JC30102R129698, registrado em nome de José Antonio Pereira de Macena, CPF Nº 866.195.004-04; QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE AO CHEGAR NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, O NOTIFICANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO O ACUMULO DE TARRA NA ESTRADA, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO, CID 10 S06.4, DATADO DE 15/12/2017, E ASSINADO PELO MÉDICO: Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB. Não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS  
Noticiante



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Naibson Dutra de Vasconcelos Sampaio</i>	01816269925	31/10/2015

### 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.

*fora Pessoa 05 de abril de 2013*

Local e Data

22 APR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO P. C.

*Naibson Dutra de Vasconcelos Sampaio*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 958133



### Identificação do paciente

ID 1100282	Nome NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/05/1986	Idade 21 anos 5 meses 14 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS				Pai NEWTON DE SOUZA SANTOS
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) A MAE - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993903400	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3897480	Nº Crs		
Local de procedência PITIMBU		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

### Endereço

CEP 58324000	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro ANDREZA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

### Admissão

Data e Hora 31/10/2016 18:22:47	Número da pulseira 1000005455422	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

### Exames complementares

Rayo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

### Dados clínicos

Hx  
3J/10  
DC  
NS

### Diagnóstico

Atendido por  
PRISCILA JORGE DA SILVA

**TOMOGRAFIA  
CRANIO + FACE  
COL. CERVICAL**

DATA: 31.10.16 CID 16

**TOMOGRAFIA**

DATA: 01.11.16

Imprimir

NEWTON DE SOUZA SANTOS  
RUA PROGRESSO, 815 - ALHANOR  
PITIMBU, PE-5624000 (A3: 19)



ENERGISA PARAÍBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Emissao: 28/12/2017 - Referencia: Data / 2017  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km25 - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP 50037-000  
Rotelro 15-18-270-5540 N° medidor 00008443783

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001.166.822  
Cód. para Dáa. Automático: 00008019779

Dez / 2017 26/12/2017 24/01/2018 87272008415

Ins. Est.:

5801077-0

- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!  
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os  
dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o  
MCBA - 0800 707 2003 - Mcbya. Revisão cadastral 2017.  
Diversão com segurança é o que as crianças devem ter!  
Nunca empine pipas! Use balões de ar ou canos de plástico  
metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Data	Lectura	Data	Lectura	1	75	25
27/11/17	5317	28/12/17	5392			
<hr/>						
0801 CONSUMO				Tributos Fazenda (R\$) (CMG/R\$) ICMS	Pre/Coluna (R\$) (R\$/250%)	
0801 Consumo em kWh	75.000	0,701880	52,84	52,84 25 13,18	52,84 0,42 1,88	
0801 Adic. B Vermelha			3,41	3,41 25 0,85	3,41 0,03 0,12	
<hr/>						
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			0,18	0,00 0	0,00 0,00 0,00	

23 APR 2017  
AG. D. R. O. T. O. C. O. P. E. S. O. A.  
100%  
100%  
100%  
100%

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 526965XXXXX3655  
 Atendimento a Clientes: 40049909  
 Demais Localidades: 0800 9409009

**Vencimento da Fatura**  
**28/10/2017**

**Total da fatura**  
**RS 50,00**

**Pagame**  
**RS**



ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura. Incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valores encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento: RS 5,44.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



CTC RECIFE PE PL6  
 JOSE EDUARDO DA SILVA  
 AV MARIA ROSA 58  
 MANAIRA  
 58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98866 2100004754 30 171017  
 Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissao: 13/10/2017

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito/
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04			
	Subtotal Nacional			
	Total Nacional			
	Total Internacional			
	Total da Fatura			

Demonstrativo do Programa de Pontos Caxa

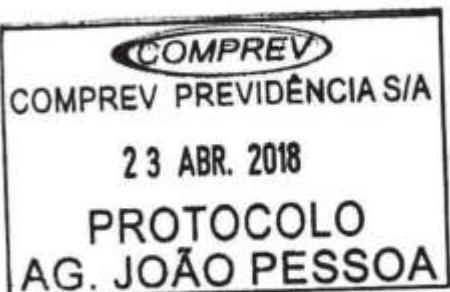
Saldo Disponível  
 72276

Pontos a Esparar  
 1230

**Encargos**

MULTA  
 MORA

2,00 %  
 1,00 %  
 5,00 %



**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nailson Dutra de Vasconcelos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.162.691-25 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Nailson Dutra Vasconcelos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, 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 à Seguradora Lider-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 Bairro	Av. Maria Rosas Manáia	Cidade	João Pessoa	Número Estado	58 PB	Complemento CEP	58038-460
Email				Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
						(83) 98821-7495	

João Pessoa 23 de Abril de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	17/05/95
NOME DA MÃE	DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	98.405
BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.133
DATA DO ATENDIMENTO	31/10/16
HORA DO ATENDIMENTO	18:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITO
CID 10	S06.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na cabeça, referindo perda da consciência, cefaleia, otorragia a direita. Apresenta dor na região da clavícula direita. Abdome sem queixas. Glasgow 15. TCC: hematoma epidural temporal direito. Internação. Realizado tratamento cirúrgico de hematoma extradural temporal direito.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Hematoma extradural temporal direito.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	06/11/16
DATA DA EMISSÃO:	15/12/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO  
NASCIMENTO: 19880805-455422  
DT. Nasc.: 17/08/1988  
Mae: DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SAN

NOME DO PACIENTE: END: ANDRAZ  
N. SN - ZONA RURAL  
PITIMBU  
FONE: 11  
CELLULAR: (83) 993993488  
CID: 21  
DT. ENTRADA: 31/10/2018 18:22:47

DADOS CLÍNICOS - ME

B.E.

IDADE:

DATA:

Paciente trazido pel SAMU, com hálito ácido, com história d. queijo de mato no aparelhamento chão estou se queixando de perda de consciência, cefaleia, otalgia e dor no pescoço de clavícula direita e ombro direito.

## EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS  Párvias ( ) Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim ( ) Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim ( ) NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

## VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

## AUSCUTA PULMONAR:

## 1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal  
HTD: ( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

Presente e normal  
HTE: ( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

## 2- RUIDOS

sim  
 Não

HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE: Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: imp

SaO<sub>2</sub> 98 %

## DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas:  Fotorreagente

( ) Paralisadas

( ) Isocôricas

( ) Anisocôricas (diferença = mm)

## Escala de Glasgow:

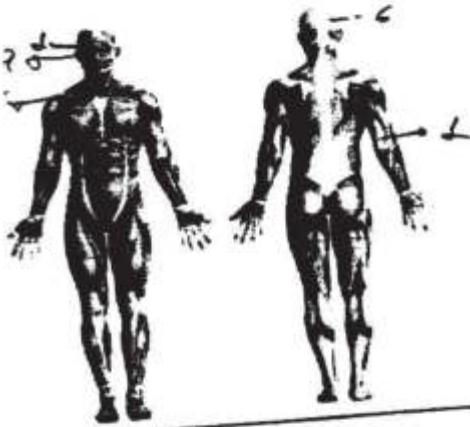
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (deposição)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decapitação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

F(NG).CC.001-1

## SECUNDÁRIO

MENTOS:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 AÇÃO:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 GIA:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 ITOS INGERIDOS:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Identifique o local com o número correspondente ao lado



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

S.:

JEIMADURA: \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura:  1º grau  2º grau  3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias  
 Ultrassonografia (FAST)  
 Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal  
 Gasometria arterial  
 Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

1 *A- Atropinização, transfusão, fluidos*  
 2 *SRB 500 - I.V. + I.V. + I.V.*  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10

## CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO  
*DR. JOSÉ S. BOMFIM  
 10000000000  
 CRM-FB 100000*

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Neurologia*

Solicito parecer da *Bucal*

às : do dia *31/01/16*

às : do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

- Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor)  
 Alta hospitalar  Decisão médica  A pedido  
 Óbito  Até 48 hs.  Após 48 hs.  Família  IML

- Desistência  
 SVD

DATA: *1/1/16*

DA: *1/1/16*

SAÍDA: *1/1/16*

HORAS: *10:00*

ASSINURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AG  
 ROTODOLO  
 JOÃO  
 ASSIN  
 MESSO

23 ABR 2016

F(NG).CC.001-1



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



HEETSHL

## BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Neidham Ithru

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		31/10/16 22:20
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de tônus muscular com crise</li> <li>- Hiperemia da mucosa estofada</li> <li>- Gluc 14</li> <li>- Paroxismo inverso, futuramente</li> </ul>
		TC de crise = HED Kung-fu: crise- cicl. Premonição de humor.
		<p>Carlos Pereira da Silva Net          Neurocirurgia / Neuroradiologia          Intervencionista          CRM 4800          CNES 2015613750001</p>
		<p>PROTÓCOLO          AG. JOÃO PESSOA</p> <p>10/10/2016          23 APR 2017</p>

Carlos Pereira da Silva Net  
Neurocirurgia / Neuroradiolog  
Intervencionista  
CRM 4890  
CNES 201561307500011

23 ABR 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



1000005455422 BE.: 958133  
 NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTO  
 DT. NASC.: 17/05/1995  
 MRE: DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SANTO



## DO PACIENTE

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

END.: ANDREZA  
 N. 59 - ZONA RURAL  
 PITIMBU  
 FONE: (83) 353583488  
 CELULAR: (83) 993583488  
 IDADE: 21  
 DT. ENTRADA: 31/10/2016 18:22:47

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

### DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>#ORTOPEDIA#</p> <p>Paciente vítima de ac. de moto,    com dor na clavícula P.    Rx com evolução de Fr. claviáculo D  <math>\frac{1}{3}</math> médio com desvio &lt; 2cm    CD: Instabilidade Hemi "J"</p>

31 OUT. 2016  
 Drs. Tibério Medeiros  
 Ortopedista / Traumatologista  
 CRM-PB 7256

31 OUT. 2016  
 Drs. Nárciso Medeiros  
 Ortopedista / Traumatologista  
 CRM-PB 7256

31/10/16 21:40 Anestesiologia

Paciente jovem, a dor lhe impede de caminhar,  
 não pode fazer movimentos. Higiene e alimentação estável,  
 não uso de Oz complementar

01	-J	DR. Regis P. Pompéu
02	-J	PROF. Intensivista
03	-J	ANESTESIOLOGISTA
04	-J	CRM-SCAL-PB 6589-RN
05	-J	
06	-J	
07	-J	
08	-J	
09	-J	
10	-J	
11	-J	
12	-J	
13	-J	
14	-J	
15	-J	
16	-J	
17	-J	
18	-J	
19	-J	
20	-J	
21	-J	
22	-J	
23	-J	
24	-J	
25	-J	
26	-J	
27	-J	
28	-J	
29	-J	
30	-J	
31	-J	

04/11 - Paciente admitida na enfermaria  
 05/10, estável no momento. Foi realizado  
 contato com a mãe, solicitando  
 acompanhante para o mesmo.  
 Termo assinado e anexado. Foi  
 passado aos familiares.

Geis CRESS-2811



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEETSHL

Nome: Neilson Dutra de Veronese BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Drenagem de hematomas extracranianos

Cirurgião: Carlos 1º Assistente: Lima Ribeiro

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hematoma extracranial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trat. cavares hematomas extracranianos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Carlos Pereira da Silva Neto  
Neurocirurgia / Neurorradiologia  
Intervencionista  
CRM 4860  
CNES 201561370750001

João Pessoa, 31/10/16



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Desempenho clínico
  - Histórico
  - Anamnese, entomopatia
  - Cestocias de campo e tiques

### Incisão:

- Inversión en la serie temporal - función
  - Correlación temporal
  - Desarrollo de la función exponencial
  - Aproximación de errores

**Achados:**

- Recuperación de flujos óptimos
  - Sistemas en plena

### Conduita:

PROTÓCOLO +  
AG. JOÃO PESSOA

### Observação:

Carlos Pereira da Silva Nogueira  
Neurocirurgia / Neuroradiologia  
Intervencionista  
CRM 4860  
CNES 201561370150001

João Pessoa, 31/10/16

Médico/CRM:



23 ABR. 2000



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183255

**Cidade:** Pitimbu

### **Natureza: Invalidez Permanente**

**Vítima:** NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

**Data do acidente:** 31/10/2016

**Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2018

## Valoração do IML: 0

## Perícia médica: Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA DIREITA E DRENAGEM CIRÚRGICA DE HEMATOMA EXTRADURAL A DIREITA

## **Sequelas permanentes:**

### **Sequelas:** Sem sequela

## Conduta mantida:

## Quantificação das sequelas:

## Documentos complementares:

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

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

## PRESTADOR

## Líder- Servicios AMD

**Nome do médico:** Ana Maria Dutra Ribeiro

**CRM do médico:** 5258235-4

UF do CRM do médico: RJ

### **Assinatura do médico:**

Robert Burns

# DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Naibson de Souza de Vasconcelos Santos  
brasileiro, naifinho, agricultor, portador do RG de Nº  
389.7180 e CPF de Nº 018.162.674-25, vítima de acidente de  
transito dia 31/10/16 no veículo moto de placa  
KKJ 6621, onde eu era Condutor, de propriedade  
de Joel Antônio Pereira de Souza, VENHO aqui informar  
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por  
um destes motivos abaixo marcado.

o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE  
VEÍCULO

o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à  
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do  
meu processo de \_\_\_\_\_, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

Naibson de Souza de Vasconcelos Santos  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Joas Resende - PB, 05 de abril de 2018.

23/ABR/2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
PESSOA

Eu, Nahran, auta de vancanteles sante, CPF 018.162.694-25  
RG 3.897-480 resident: antio andrade SVF-Pitimbu

dilogo fave on diverso tipo que proprietario da  
moto de placa KKD 6627/PE, chassi P 9C 21030702 R129698,  
de modelo Honda CG 125 TITAN - K5 de cor vermelha. Registro N: 866  
195-004.041.

claro que o vende pa' campanha o mab de Tercos este fave  
vez por vende que homens falecidos procurado, por diversa vez  
para regularizar a situacão da mab nunca demonstrou  
intencão em regularizar a situacão  
Movendo o accidente ventos José Antônio a Cima Cidad,  
não foi encontrada. Houve varias tentativa de esconder localização  
A ultima noticia de vende, afim que o proprietario da  
esta marrando em outro estado impossibilitado  
de vende que vende a ~~fora~~ Brambrênia  
solicite que venda a mab a vender perico seguradora  
Lider mediante a documentacão anexa e de giveno no  
processo

22 APR 2001	PROTÓCOLO
	AG. JOÃO PESSOA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183255

**Cidade:** Pitimbu

### **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

**Data do acidente:** 31/10/2016

**Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/07/2018

## Valoração do IML: 0

## Perícia médica: Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA DIREITA E DRENAGEM CIRÚRGICA DE HEMATOMA EXTRADURAL A DIREITA

## **Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

## Conduta mantida:

## Quantificação das sequelas:

## Documentos complementares:

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

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

## PRESTADOR

## Líder- Servicios AMD

**Nome do médico:** Ana Maria Dutra Ribeiro

CRM do médico: 5258235-4

UF do CRM do médico: RJ

### Assinatura do médico:

Robert R. Smith

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

OUTORGANTE:  
Neulson Dutra de Oliveira Santos,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Agricultor, CI RG nº 3897480  
CPF/MF nº 91316269325, residente e domiciliado(a) à Rua  
Projéada, nº Alhambra,  
Cidade de Pitimbu, Estado  
Paraíba, CEP: 58329-000, telefone  
986634900, 987150366.

**OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.**

**PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.**

João Pedro, 05 de abril de 2019

## OUTORGANTE

PROTÓCOLO \*

23 APR. 23

SENNA, NOUAKUAI E KEGISIKAL JERUNIMU LEI 117

reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:  
**WALSON DEUTRA DE VASCONCELOS SANTOS**  
Dout. F. PlumbUPB - 05/04/2018  
Abelbelha Bz. Antonio Jerônimo Leslie  
Digital AG 60951-2776  
Consulte a autenticidade em:  
[www.treptj.tjpb.gov.br](http://www.treptj.tjpb.gov.br)  
Email: RS 11.38 FARPEN R

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Nelson Dutra de Vasconcelos Santos  
brasileiro(a), estado civil Sócio, profissão  
agricultor, CI RG nº 3.897.480,  
CPF/MF nº 038.160.694-25, residente e domiciliado(a) à Rua  
Projeto 1, 511 - Alhandra,  
Cidade de Pentidu, Estado  
Paraíba, CEP: 58329-000, telefone  
83-99105-5383 98663-1900.

**OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG  
sob o nº 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na  
cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.**

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pentidu, 25 de maio de 2018.

Nelson Dutra de Vasconcelos Santos

OUTORGANTE

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

18 JUN. 2018  
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A  
COMPREV

SERV. NOTARIAL E REGISTRAL JERÔNIMO LEITE  
Procurador do Bonfim, 140, Centro, Pitimbu - PB

Recorde-se, por autenticidade, as(s) firma(s) de:  
Nelson Dutra de Vasconcelos Santos  
Don. Ic. Pitimbu/PB - 25/05/2018  
Fábiozão Bel. Antônio Jerônimo Leite  
Sel. Digital AGR42778-ATW1  
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Com 15118 FAPF/NR5028 MP R\$ 0,18 FEP/RS 1,90

NOTARIAL E REGISTRAL  
SERV. NOTARIAL E REGISTRAL  
JERÔNIMO LEITE  
Ofício de Notas  
Antônio Jerônimo Leite  
Oficial Titular  
Pitimbu - Paraíba