

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180183255**

Vítima: **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

Carta nº 12713355



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

21816269425

Nome completo da vítima

Nailson Dutra de S. Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|--|------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Nome completo Nailson Dutra de Vasconcelos Santos | | CPF titular da conta 21816269425 | Profissão Agricultor |
| Endereço Rua Projetada | | Número 972 | Complemento |
| Bairro Alhambra | Cidade Fátima | Estado PB | CEP 58324000 |
| Email duarte.silva.adm@outlook.com | | Telefone (DDD) 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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ 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 1033

D/V

CONTA

Nº 102675

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

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.

Spa 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



23 APR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



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:

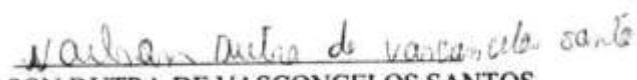
QUE, segundo o notificante, no dia 31/10/2016, POR VOLTA DAS 17:00HS, QUANDO TRANSITAVA COM O VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, NO SÍTIO ANDREZA, NA CIDADE DE PITIMBU, NESTA CAPITAL, MARCA E MODELO: HONDA /CG 125 TITAN KS DE COR VERDE, PLACA KJ6621/PE, CHASSI Nº 9C2JC30102R129698, registrado em nome de José 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 TERRA 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação


NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

Noticiante

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
23 Abr 2018

Procedimento Policial: 00248.01.2018.1.00.420

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

Naulson Dutra de Vasconcelos Silva

CPF da Vítima

01816269925

Data do Acidente

31/10/2013

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

Naulson Dutra de Vasconcelos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 ABR 2013
PROTOCOLADO
AG. JOÃO P. P.

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 958133


Identificação do paciente

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-------------------|
| ID 1100282 | Nome NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 17/05/1995 | 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 Cns | | |
| Local de procedência PITIMBU | | | Tipo MUNICIPIO | 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 16:22:47 | Número da pulseira 1000005455422 | Convênio SUS |
| Especialidade CLINICA GERAL | Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento URGÊNCIA | 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 | Pulso _____ | Temperatura _____ |
|--------------------------|----------------|----------------------|

Exames complementares

| | | | | | | |
|--|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>HEP 3/11/16 DC NS/OK</p> </div> <div> <p>TOMOGRAFIA CRANIO + FACE COL. CERVICAL DATA: 31 / 10 / 16</p> </div> </div> | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA | | | | | | |

Imprimir

| |
|--------------------|
| TOMOGRAFIA |
| DATA: 01 / 11 / 16 |

NEWTON DE SOUZA SANTOS
RUA PROSPERIDADE, S/N - ALHANOIA
PITIMBU, PB - CEP: 5524002 (AQ: 13)

Emissão: 28/12/2017 Referência: Dez / 2017

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br290, Km25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 55071-690

Roteiro: 15 - 18 - 270 - 5540 Nº medidor: 03008443780



ENERGISA PARÁETÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.995.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.629-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.166.820
Cód. para Débito Automático: 90008016779

088 0195

Dez / 2017 28/12/2017 24/01/2018 87272008415
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/801077-9

- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - AÇÃO
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o MESA - 0800 107 2003 - Mensagem. Revise o cadastro 2017. Diversão com segurança é a que se encontra dentro da empresa. Nunca empine o pescoço. Se for necessário, não se meta a cabeça para empinar pesos. Com segurança, não se brinca.

| Data | Leitura | Data | Leitura | | 75 | 28 |
|----------|---------|----------|---------|---|----|----|
| 27/11/17 | 5317 | 28/12/17 | 5382 | 1 | | |

| Cód. | Descrição | Consumo (kWh) | Tarifa | Valor Base (R\$) | | Alíq. (R\$/kWh) | | Valor Base (R\$) | | Alíq. (R\$/kWh) | | Valor Base (R\$) | | Alíq. (R\$/kWh) | |
|------------------------|---------------------------|---------------|----------|-----------------------|-------|-----------------|-------|------------------|------|-----------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| | | | | Tributos Totais (R\$) | | ICMS (R\$) | | PIS/COFINS (R\$) | | SUSC (R\$) | | SUSC (R\$) | | SUSC (R\$) | |
| 0801 | Consumo em kWh | 75,000 | 0,701880 | 52,64 | 52,64 | 25 | 13,18 | 52,64 | 0,42 | 1,88 | | | | | |
| 0801 | Adc. B. Vermeja | | | 3,41 | 3,41 | 25 | 0,85 | 3,41 | 0,03 | 0,12 | | | | | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0807 | CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA | | | 8,18 | 0,00 | 0 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | |

AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
22 ABR 2018

120



Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

Pagame

R\$

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor e encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



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



7211307021 98866 21000044754 30 171017
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 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 526965XXXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível
722,76

Pontos a Expirar
1230

Encargos

MULTA
MORA

2,00 %
1,00 %
9,03 %

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 COAF**².

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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Naibson Dutra de Vasconcelos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.162.674-25, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Naibson Dutra de 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 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>A21. Maria Rosa</u> | | Número | <u>58</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Manauá</u> | Cidade | <u>João Pessoa</u> | Estado | <u>PB</u> |
| Email | | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| | | | | <u>58038-460</u> | |
| | | | | <u>(83) 98821-7495</u> | |

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 cdor 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 extredural 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: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE:

END.: ANDRÉA
N. SN - ZONA RURAL
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (83) 993983488
IDADE: 21
DT. ENTRADA: 31/10/2016 18:22:47

DADOS CLÍNICOS - ME

Paciente trazida pelo SAMU, com história de trauma, com história de queda de moto há aproximadamente 1 hora estava se apresentando com dor no tórax, abdômen e membros inferiores. Após a chegada do paciente a um local seguro.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ☒ Patentes () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade () Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

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

2 - RUÍDOS

HTD: ☒ sim
() não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ Imp SaO₂ 98 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: () Presente ☒ Ausente
BE OU B4: () Sim ☒ Não
FC: 84 bpm PA: 130 x 80 mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: flácido e indolor a palpação - Sinais de irritação peritoneal.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

SECUNDÁRIO

IDENTIFICAR 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 Erisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

S.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% 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. *Atendimento Cirúrgico*

2. *SRL 100 - 1, II*

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO
 Feli...
 CRM PB 10055

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Ortopedia*

Solicito parecer da *Ortopedia*

DESTINO DO PACIENTE

- DATA
- DA
- SAÍDA
- HORAS:

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

- () A revalia
- () Desistência
- () SVD

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA/CARIMBO

AG. JOÃO PESSOA

23 ABR 2010

F(NG).CC.001-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

188888645422 BE.: 958133
NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SAN
DT. NRSC.: 17/05/1995
MAE: DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SANTO

END.: ANDREZA
N. SN - ZONA RURAL
PITIMBU
PONE: ()
CELULAR: (83) 993983488
IDADE: 21
DT. ENTRADA: 31/10/2016 18:22:47

DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|------|------|--|
| | | #ORTOPEDIA# Paciente vituvas de ac. de auto, com dor na clavícula D. Rx com evidência de Fr clavícula D. 1/3 médio com desvio < 2cm CD: Imobilização Humi "J" |
| | | 31/10/16 21:40 Anestesiologia Paciente consciente, s/dor leve no cateter, s/diáfrut motor. Hemodinâmica estável, s/ uso de O ₂ complementar CD: VPM |
| | | 04/11 - Paciente admitida na enfermaria 05/03, estável no momento. Foi realizada do contato com a mãe, solidificando acompanhante para o mesmo. Termo assinado e arquivado Geise CRESS-28 passado aos familiares. Geise CRESS-2811 |

Dra. Tábica Medeiros
Ortopeda Traumatologa
CRM-PB 7296

Dra. Tábica Medeiros
Ortopeda Traumatologa
CRM-PB 7296

Dr. Regis Danyfim
Anestesiologista
CRM-PB 6589-RN

PROTOCOLO
G. JOAO PESSOA

23 ABR 2017

Nome: Neilson Dantas de Vasconcelos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Procedimento de hemi-lim. extracanal
Cirurgião: Carlos 1º Assistente: Luiz Ricardo
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-----------------------------|-----|
| <u>Hemi-lim. extracanal</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Procedimento de hemi-lim. extracanal</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, 31/10/11

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |
|--|
| Posição e Preparo: - Decubito dorsal - hiato. - Anestesia: antiespasm. - Cefaleia de campo estere. |
| Incisão: - Incisão em linha temporal - frontal - Cauterização: temporal - Drenagem de líquido ext. dorsal - Anestesia da choro. |
| Achados: - Recolha de glicose - Sutura em plano |
| Conduta: |
| Fechamento: |
| Observação: |

12 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

João Pessoa, 31/10/16

Médico/CRM:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



Nailson Dutra de Vasconcelos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 3.897.480 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/09/2010

NOME NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

RELACIONAMENTO NEWTON DE SOUZA SANTOS
DIANA DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOAO PESSOA-PB 17/05/1995

DOC. QN. N. 13430 FLS. 93 LIV. A 14

CARTORIO ALHANDRA PB

CNPJ 018.162.694-25

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

23 ABR. 2010

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

1000 O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485



DETERMINAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

JOSE EDUARDO DA SILVA

NÚMERO

12578

JOSEFA GERVÁSIO DA SILVA

NACIONALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

RG

1.054.562 - SSP/PB

COPIAR DE COPIAR A 10-000

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

22-04-1958

455.555.024-5

DATA DE EXERCÍCIO

15/04/2018

VITAL REGINA LOPES
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
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 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 |

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Ana Maria Dutra Ribeiro

CRM do médico: 5258235-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Maílson de Almeida de Vasconcelos Santos
brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de Nº
3897480 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 José Antonio Pereira de Macena, 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.

Maílson de Almeida de Vasconcelos Santos
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 05 de abril de 2018.

PROTÓCOLO
23 APR 2018
JOÃO PESSOA

Em Vauhan outra de Vancancelas Santa CPF 018.162.694-25
RG-3.897.480 residente: Antio Ondrusa SVP Pitimbu

declaro para os devidos fins que proprietario da
moto de placa KKH 6621/PE, Chassi P-9C 21C30702 R129698,
de modelo Honda, CG 125 TITAN-K5 de cor verde, Registro M-866
195-004-041.

Olaro que o meu pai comprou a moto de terceiro este primeiro
vez por mais que houve ~~pedido~~ procurado, por diversas vezes
para regularizar a situacao da moto nunca demonstrou
interesse em regularizar a situacao

Houve o acidente, o senhor Jose Antonio acima citado,
nao foi encontrado Houve varias tentativas de localizacao

A ultima vez de mesmo, afirmo que o proprietario da
esta morando em outro estado impossibilitando
do assim que o caso a ~~total~~ transferencia

solicitando que venha a marca a minha pericia seguradora
siden mediante a documentacao anexa e de leve no
processo

22 ABR 2010
PROTOCOLADO
AG. JOAO 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 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 |

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Ana Maria Dutra Ribeiro

CRM do médico: 5258235-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nairson Dutra de Vasconcelos Santos
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
agricultor, CI RG nº 3-897-480,
 CPF/MF nº 038.162.694-25, residente e domiciliado(a) à Rua
Primeira, 514 - Alhandra,
 Cidade de Pitimbu, Estado
Paraíba, CEP: 58324-000, telefone
83-99105-5363 98663-4900.

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.

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA/S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Pitimbu, 25 de maio de 2018.

Nairson Dutra de Vasconcelos Santos

OUTORGANTE

SERV. NOTARIAL E REGISTRAL JERÔNIMO LEITE
 Praça Senhor do Bonfim, 140, Centro, Pitimbu - PB
 Notário Público
 N.º 1.111-8 FAPBEN RS 0 28 MP R7 0 18 FEPJ RS 1.90
 Recolha-se, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 NAILSON DUTRA DE VASCONCELOS SANTOS
 Doc. R - Pitimbu/PB - 25/05/2018
 Tabelião Bel. Antônio Jerônimo Leite
 Sel. Digital AGR2378-ADW1
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>