

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2015

Carta n°: 8202668

A/C: MARIA DA PENHA MINERVINO

Sinistro: 3150982133
Vitima: ALAILSSON MINERVINO DA SILVA
Data Acidente: 03/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/11/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8360755

A/C: MARIA DA PENHA MINERVINO

Sinistro: 3150982133
Vitima: ALAILSSON MINERVINO DA SILVA
Data Acidente: 03/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Unifor Consulta

OLIVEIRA
PINHA

25 NOV 2015

ASS

Último Licenciamento: 2012

Proprietário: CLEMILSON JOSE
Placa: MOF1395

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/JCG 125 FAN
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

Ano da Fabricação: 2008

Ano Modelo: 2008

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 29/05/2015

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Restrição: REST. BEM. TRIBUTARIO

Município: CAPIVARI

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 22/09/2015



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"

Nº DO SINISTRO



PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, maria da Penha mineiro

PORADOR(A) DO RG N° 2.919.267 EXPEDIDO POR SSP/ PB EM / / E

CPF 032.205.424-02 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO do bce

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. maria da Penha mineiro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00 49 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 94540-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00 49 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 94540-2

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

maria da Penha mineiro
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

14 DEZ 2015

- ATENÇÃO**
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0121204.

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG. BANCARIOS

DATA: 10/12/2015

TERMINAL: 49151004

HORA: 14:28:42

CONTROLE: 491510040432

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

NOME: 0044.013.02094640-2

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

0000

NÚMERO DO ENVELOPE:

0002012029
344434372

NÚMERO DE CONTROLE:

A confirmação do depósito se dará pelo
lancamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0181

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

OLIVEIRA &
PINHA

14 DEZ 2015

ASS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo

DOCUMENTO 1

T1%



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 3316/2015

DADOS DO FATO

Data Hora de Registro: 01/11/2015 15h52
 Circunstância: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo
 Escala: Serviço: PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO
 Tipificação Provisória: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
 Data/Hora do Fato:
 Tipo de Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO
 (RODOVIA, ESTRADA, ETC)
 Local de Fato: PB 045 Centro Capim PB PB 045 ZONA RURAL

VITIMA-COMUNICANTE(s)

Nome: MARIA DA PENHA MINERVINO
 Sexo: FEMININO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Nome do Pai: SEVERINO ANTONIO MINERVINO
 Nome da Mãe: SEVERINA GOMES DA SILVA FILHA
 RG: 2919267 SED PB
 Profissão: NO. S/N Centro Capim PB SITIO OLHO D'AGUA ZONA URBANA
 Endereço Residencial:
 Endereço Residencial:
 Endereço Comercial: ZONA URBANA
 Telefone Comercial:
 Celular:

Idade: 30 A 34

HISTÓRICO

QUE NÉGUNDO AFIRMAÇÕES DA NOTIFICANTE, A sefenda afirma que, no dia 03/09/2015 às 19:25h, VINHA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125, COR PRETA, ANO 2008/2009, PLACA MOP-F395/PB, DE PROPRIEDADE DO Sr. CLEMILSON JOSÉ, E QUE SEU FILHO, ALAILSON MINERVINO DA SILV. VINHA COMO PASSAGEIRO, PELA RODOVIA PB-045 E, CAPIM/PB, ESTRADA QUE LIGA CURTÉ A CAPIM/PB, QUANDO UMA MOTO QUE ESTAVA A SUA FRENTE, INESPERADAMENTE FEZ O RETORNO NA VIA SEM SINALIZAR NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR COLIDINDO NA LATERAL DA MOTO VINHA A CAIR CONTRA O ROLO. Na ocasião a sefenda e seu filho foram levados pelo SAMU COM FRATURA DE FACE E SEU FILHO COM POLITRAUMATISMO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME DOCUMENTO ANEXO, cidade de JOÃO PESSOA-PB, motivo pelo qual sefenda o fato e solicita a respectiva Cerdil e ou as providências cabíveis.

Vítima/Comunicante: Maria da Penha minervino

Elaborado por: VANDRIL WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!

Vandril Wanderley Lins Filho
Agente da L.D. 073/0402-05-CRJ
Data: 01/11/2015 15h52

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Telefone: (83) 3229-9000 - Celular: (83) 98100-0000
Rua Das Flores, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 50000-000



Autentico a presente fórmula, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 04/11/2015 15:45:29
Lucienea Juliana - ESCREVENTE NOT. 112430
[2015-067128] EMOL:R\$ 1,94 FARPEM:R\$ 0,23 FEPF:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,00
SELO # DIGITAL: ACD80289-667L
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2 "T2%"



Eu, Timeira da Penha mineiro,
 identidade nº 2.919.261 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.215.724 - 02,
 residente e domiciliado na R. Sítio b) Águia Sm. Área Rural,
 Cidade Rapim, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Timeira da Penha mineiro

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Rapim, 05 de Novembro de 2015

Local e data

OLIVEIRA &
 PINHA

25 NOV 2015

Z

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO REGISTRAL VIEIRA DE MELLO

SEGUNDO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA
Av. Presidente Estadual Pessoa, n.º 1123 - sala 02
Thadeu Góes Vieira de Mello (Substituta)

(083) 3943-5917
Mello (Substituta)
Fundado em 1947

DOCUMENTO 3 "T3%"

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 105.857

Certifico que, às folhas 192, do livro A-157, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de Alailsson Minervino da Silva, nascido no dia quinze de maio de dois mil e seis(15-05-2006), às 18 horas e 07 minutos, na Maternidade Cândida Vargas, desta Capital, do sexo masculino, filho de Alexxandro Severino da Silva e Maria da Penha Minervino. São avós paternos: Antonio Severino da Silva e Terezinha Jovilina da Silva e maternos: Severino Antonio Minervino e Severina Gomes da Silva Filha.

Foi declarante o pai do registrado.

Observações: Esta certidão não contém rasuras. O registro foi lavrado aos 16-05-2006.

O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 16 de maio de 2006.



Ana Cristina Pires Vieira de Mello
Ana Cristina Pires Vieira de Mello
Substituta

VALÍDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

007829

OLIVEIRA
PINHA
25 NOV 2006
ASS.:



Mamanguape, 15 de Outubro de 2015.

DOCUMENTO 4

74%



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Alailsson Minervino da Silva, foi atendido pela USB - Unidade de Suporte Básico de Vida, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Mamanguape, no dia 03 de Setembro de 2015, por volta das 19h25min, vítima de acidente de moto. Paciente conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Atenciosamente,

Naiany

Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU
Enfermeira-COREN 294134
Mamanguape

Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU 192 Mamanguape

OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elaine da Penha mineiro

RG nº 2.919.267, data de expedição / /, Órgão SSP/PB

CPF nº 012.215.724-02 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Serra Branca</u>
Número	<u>3/m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Rapim</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58287-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808-6227</u>
E-mail	<u>pellojudicial.pb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rapim, 05 de novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Elaine da Penha mineiro

SELLO
ASSESSORIA
(83) 3506.1821 / 8808.6227

OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015

ASS.

APZ

MARIA DA PENHA MINERVINO
1 - CHOCOLATE DA SERRA AMEAL
CEP 58010-000 (Açúcar - 4)

CEP 58010-000 (Açúcar - 4)
RIO: 1 11-26- 837-000
Pernambuco

ENERGISA DA BAHIA - CEDARTE ENERGISA - 3
Av. Antônio Ribeiro 203, Centro, PB 5801-1100
CEP 58010-000 (Açúcar - 4) 1543-8
Site: www.energisa.com.br
Número para Envio de Fatura Automática: 0800 611 541
Código para Débito Automático: 00015470008

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Caixa Postal 58010-000 (Açúcar - 4)

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1547000-8

Jul / 2015

Canal de contato

1. Até 15 dias de entrega da fatura: TUBETEC - 1543-8
at 1543-8 de 26 de out de 2015.
"TRABALHO INFANTIL", "TRABALHO ESTUDANTE E OUTROS
RISCOS"

Apresentação
17/07/2015

SELLO
(83) 3500-2221 / 0303-5227

OLIVEIRA &
PINTO

25 NOV 2015

113



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Clemilson José da Silva,
 RG nº 3004204, data de expedição 16/04/02,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 056.809.934 - 58, com
 domicílio na cidade de Capim, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua General Ferreira da Silva, nº 517,
 complemento Antes, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Raquel Batista Melo da Silva cujo o condutor era
maria da Penha minevano.

Veículo: motociclet

Modelo: Honda /CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: MOF - 1395

Chassi: 03.09.2015

Data do Acidente: 03.09.2015

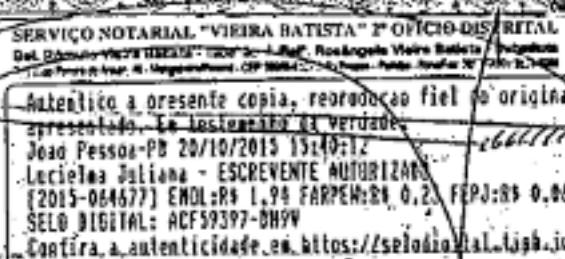
Local e Data: Capim, 23 de Setembro de 2015

Clemilson José da Silva

Assinatura do Declarante

maria da Penha minevano

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



OLIVEIRA & PINHA

25 NOV 2015

ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 863409


Identificação do paciente
DOCUMENTO 6 "T6%"

ID 939722	Nome ALAILSON SILVA DOS SANTOS	Estado civil	Religião	Prontuário
Data de nascimento 01/06/2005	Idade 00 anos 3 meses 2 dias			
Mae MARIA DA PENHA DA SILVA			Pai ALEXANDRO SEVERINO DA SILVA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) ALEXANDRE SILVA SANTOS	
DDD Móvel	Fone Móvel		DDD Fijo	Fone Fijo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência CUITE DE MAMANGUAPE			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade MAMANGUAPE		CBO/R	

Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro HENRIQUE FAGUNDES
Número 8	Complemento		Bairro OLHO D'AGUA

Admissão

Data e Hora Prevista 03/09/2015 20:37:34	Número da pulseira 1000003648499	Convênio SUS
---	-------------------------------------	-----------------

Especialidade PEDIATRIA	Clinica CLINICA PEDIATRICA	
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA	
Centro de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

 Atendido por
BONYEK PEREIRA RAMALHO

 CID
Tempo
03min 42seg

 OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015

ASSC

03/09/2015 20:37

SOCIETATIS
EMERGENCIAE

Primeiro Atendimento Médico

1900003249489 BE.: 863429
 RENILSON SILVA DOS SANTOS
 DT. HISCL.: 01/06/2005
 PRE: MARIA DA PENHA DA SILVA
 END.: HENRIQUE PRUDENCE
 N. 8 - GLHO D ROU
 CRPH
 FONE: ()
 CELULAR: ()
 IDADE: 10
 DT. ENTRADA: 03/03/2015 20:39:34

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

100% + choque sobre o acidente de moto
 caiu na moto e caiu de moto e me bateu
 com a mão direita no peito, com a mão esquerda
 bateu na face, com ferimento contuso
 em ambos os lados

EXAME PRIMÁRIO

VIAS PÓRVAS: ObstruídasAÉREAS: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim NãoRESPIRAÇÃO 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- RUIDOS

HTD: Sim
 Não

Roncos
 Sibilos
 Estertores

Roncos
 Sibilos
 Estertores

FR: Imp SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotorreagentes Paralisadas Hocôricas Anisocôricas

(diferença = mm)

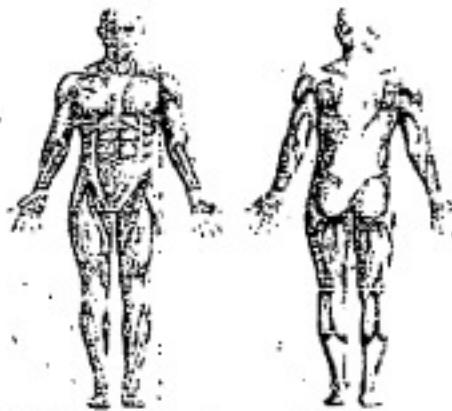
Escala de Glasgow:

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 (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	15			Nenhuma	1
					25 NOV 2015
					F(NG).CC.001

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: 9
 MEDICAMENTOS: Não Sim:
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim:
 PATOLOGIA: Não Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim:

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado.



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

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Hospitalização letárgica		
2			
3	350, 41% - 500ml a		
4			
5	Álteros 1ml + 1000 Alpr		
6			
7	Sal 5000 UI / FA TB		
8	Rep. COT 1000, 18 + fálico 100		
9			
10	Profund 100mg - dep. mér - FA 10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Guilherme de dia de dia
 Solicito parecer da Guilherme (supervisor) de dia de dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA 04/05/18 DA Centro cirúrgico Transferência (unidade de saúde) Internado (setor)
 SAÍDA Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revogar Desistência
 HORAS: Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família JIME ISVO

Dr. Guilherme 04/05/18
 Alegra e 04/05/18
 TUTURA/CARIMBO

ASSIN.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Nome do paciente

25 Nov 2015

SONG-ENE 018 1

1000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Assinatura do Instituto de
Identificação

WILSON

SELLO

Assinatura do Instituto de
Identificação

(83) 3506.1821 / 08088.6727

OLIVEIRA &
PINHEIRA

25 NOV 2015

AN

SELLO

ANEXO
(83) 3506-1821 / 8808-6227



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 67079 Série 00006-05



Assinatura do Portador
Assinatura do Ministro
Assinatura do Ministro
Assinatura do Ministro
Assinatura do Ministro

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria da Penha Oliveira

Loc. Nasc. 11/06/1955 Est. PB Data 06/07/82
Filiação Esposa de Antônio Oliveira 11187005
Carolina 01/01/1984 01/01/1984
Doc. Nº C.I. 2.855 06.34 11120 A-7

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.

Data Emissão 11/05/01 DRT 4000 PMS C. PB

Elba

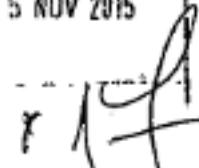
Assinatura de Fabiane de Fátima Ferreira Gombe
11120-0001

SELLO

ANEXO
(83) 3506.1821 / 8808.6227

OLIVEIRA &
PINHEIRO

25 NOV 2015



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal



CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

072215724-02

Nome
MARIA DA GLÓRIA MINERVINO

Nascimento
06/07/1982

OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015

SELLO

AUTORIZAÇÃO
(83) 355651821 / 68086227

58

10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150982133 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAILSSON MINERVINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/12/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

