

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2015

Carta nº: 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.

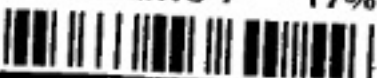
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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





SEGURO CIRCULATÓRIO

Impressão Consultar

OLIVEIRA
PINHA

25 NOV 2015

Último Licenciamento: 2012
 Proprietário: CLEMILSON JOSE
 Placa: MOF1395
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: HONDACG 125 FAN
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2008
 Ano Modelo: 2008
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 29/05/2015
 Observação:
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
 Restrição2: REST. BEN. TRIBUTARIO
 Financieira: #####
 Município: CAPIM
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 22/09/2015

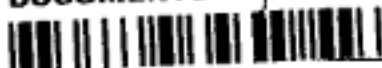


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, Marcia da Penha MenezesPORTADOR(A) DO RG Nº 2.919.267 EXPEDIDO POR SSP/PB EM ____/____/____ ECPF 0422015924-02 /CNPJ _____, PROFISSÃO do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ receita mē NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gláucia Menezes Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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 POUPANÇA 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 94640-2

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.

Capim 05 de Novembro de 2015 Marcia da Penha Menezes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! 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 0800-0821204.

14 DEZ 2015



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:

8044.013.02094640-2

MARIA DA PENHA MINERVINO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

0220

NÚMERO DO ENVELOPE:

NÚMERO DE CONTROLE:

8882012629

344434372

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 8000-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 8000-725 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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 3316/2015

DADOS DO FATO

Data Hora de Registro: 01/11/2015 15h32
Circunscrição: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo
Escala/ Serviço: PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO
Tipificação Preliminar: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data/Hora do Fato:
Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)
Local do 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:
Endereço Residencial: NO. 517 Centro Capim PB SITIO OLHO D'ÁGUA ZONA URBANA
Telefone Residencial:
Endereço Comercial: ZONA URBANA
Telefone Comercial:
Celular:

Nascimento: 06/07/1982

Idade: 30 A 34

Naturalidade: Mamanguape PB

Con-Raça: NÃO INFORMADA

CPF: 072.215.724-02

HISTÓRICO

QUÊ SEGUNDO AFIRMAÇÕES DA NOTIFICANTE, A referida afirma que, no dia 03/09/2015 às 19:25h, VINHA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG 12 FAN, COR PRETA, ANO 2008/2008, PLACA MOF-1953/PB, DE PROPRIEDADE DO Sr. CLEMILSON JOSÉ, E QUE SEU FILHO, ALAILSON MINERVINO DA SILVA, VINHA COMO PASSAGEIRO, PELA RODOVIA PB-045, CAPIM/PB, ESTRADA QUE LIGA CUITÉ 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 VINDO A CAIR CONTRA O SOLO. Na ocasião a notificante e seu filho foram levados pelo SAMU COM PRATURA 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, mesmo pelo qual encerro o fato e solicito a respectiva Certidão e/ou as providências cabíveis.

Vítima/Comunicante:

MARIA DA PENHA MINERVINO

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Polícia Civil - 197
Data: 01/11/2015

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômullo Vieira Batista - Titular - OAB/RN 100.000-0/2008 - OAB/PA 100.000-0/2008
Rua Des. Pereira de Aguiar, 40 - 4º andar - Centro - João Pessoa - Paraíba - CEP 55010-000

Atestamos a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 04/11/2015 15:49:29
Lucianna Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADA
(2015-067128) EMUL:PA 1.94 FARPEN:PA 0.23 FEP:PA 0.06 ISS:
SELO DIGITAL: ACS00209-E07L
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2

T2%



Eu, maria da Penha meireles, portadora do Cartão de
Identidade nº 2.919.267 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.215.724-02
residente e domiciliado na Rua São João 500, Área Rural
Cidade Capim 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.

Maria da Penha meireles

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Capim, 05 de Novembro de 2015

Local e data

OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015

2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO REGISTRAL VIEIRA DE MELLO

SEGUNDO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

R. Presidente Getúlio Vargas, n.º 1123 - sala 02
Thadeu Goes Vieira de Mello (Tutor)



(083) 3043-5017
Mello (Substituta)
Fundado em 1947

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 Alexandro 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 fê.

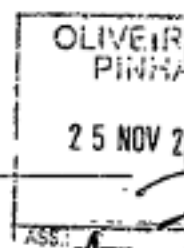
João Pessoa, 16 de maio de 2006.



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

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

007829





PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU - 192



SAMU
192

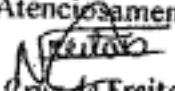
Mamanguape, 15 de Outubro de 2015.



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 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, Maria da Penha Menezes

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

CPE nº 012.215.124 - 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:

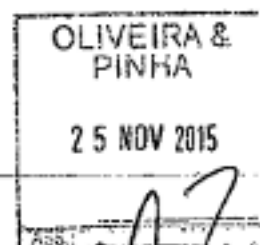
Lógrradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rt. São Diogo</u>
Número	<u>311</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Capim</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58287 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808 - 6227</u>
E-mail	<u>neliofedeiro.pb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capim, 05 de novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Maria da Penha Menezes

SELLO
Assessoria
(83) 3506.1821 / 8808.6227



MARIA DA PENHA MINERVINO
R. CUNHA ALVES, 11 - JARDIM AMÉRICA
C.A.P. 13.126-807 - JARDIM

ENERGISA PARANÁ S.A. - LIGANTE ENERGISA
R. ANTONIO RIBEIRO, 100 - JARDIM AMÉRICA
C.A.P. 13.126-807 - JARDIM

CONSUMIDOR REGISTRO Nº 5/1547000-8
R.D. 11-26-807-00-8
FONE (31) 3503.6227

Nome do Consumidor: Energia Elétrica POU 511 541
Código para Débito Automático: 00015470008

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

13.126-807-00-8

Conta referente a

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

Jul / 2015

Canal de contato

Nota de crédito nº 1547000-8 - TUBEL - 13.126-807-00-8
em 13.126 de 26 de 08/15
"TRABALHO INFANTE, LERAR DE ESTUDAR E UM DOS
RISCOS"

Apresentação

17/07/2015

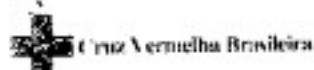
SELLO

(83) 3503.6227 / 6303.6227

OLIVEIRA &
Pereira

25 NOV 2015

13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 863409



Identificação do paciente

ID 939722	Nome ALAILSON SILVA DOS SANTOS	DOCUMENTO 6 "T6%"	
Data de nascimento 01/05/2005	Idade 10 anos 3 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA			Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Pol ALEXSANDRO SEVERINO DA SILVA
DDD Móvel	Fone Móvel		Responsável (Parentesco) ALEXANDRE SILVA SANTOS
Type documento	Número documento		DDO Fixo
Local de procedência CUITE DE MAMANGUAPE			Fone Fixo
Email	Naturalidade MAMANGUAPE		Nº Cns
			Tipo MUNICIPIO
			UF PB
			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 URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID

Atendido por
SONYEK PERREIRA RAMALHO

Tempo
03min 42seg

OLIVEIRA &
PINHA

25 NOV 2015

03/09/2015 20:37



022728284
09/03/2015

Primeiro Atendimento Médico

100003249489 BE.: 863429
FELIPE SILVA DOS SANTOS
ST. MRSC.: 01/06/2005
PSE: MARIA DA PENHA DA SILVA
END.: HENRIQUE RODRIGUES
N. 8 - QLHO D AOUR
CAPIN
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 10
ST. EXTERIOR: 03/03/2015 20:37:34

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Dois dias após acidente de moto
com a mãe e outros familiares
queixas de dor no pescoço e
na cabeça, com limitação de movimento

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não e *est. fraco*
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRO VESICULAR
HTD ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUÍDOS
HTD ☐ Sim
☐ Não
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
FR: _____ Imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COM DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Plestórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

flexão, indol.

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
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 (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

25 NOV 2015

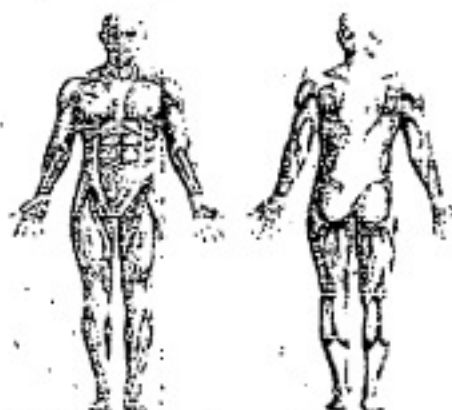
F(NG).CC.001-V

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: 7
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: 7
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: 7
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: 7
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: 7

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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Peristesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-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
☒ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 Hemodinâmica estável		
2 SFO, 4% - 500ml w		
3 Diurona 4ml + 100ml Agor		
4 Suf 5000 UI / 100ml		
5 Rep. 100cc w de 8 + 100cc		
6 Profunda 100ml - dor mei - PA		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Guia de atendimento às _____ de dia _____
 Solicito parecer da Guia de atendimento às _____ de dia _____
 DESTINO DO PACIENTE ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) _____
 DATA 04.09.18 ☐ Internado (setor) _____
 SAÍDA ☒ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
 HORAS: _____ ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IMIL ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/09/15	23h	<p>± ORTOPEDIA +</p> <p>Paciente submetido à sutura em joelho (E), sem intercorrências.</p> <p>cd: Alta da Ortopedia As cuidados da Pediatria p/ MB</p>
04/09/15	Pediatria 8:10	<p>Cuando evolui a intercorrências, fez sutura no joelho e queimadura no antebraço (2 doses) e glicoxia</p> <p>cd: Alta a Cafalexina Orclut + AMH</p>

OLIVE

25 NOV 2015

F(NG).ENF.018-1

F(NG).ENF.018-1



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



Maria da Conceição
 ASSINATURA DO TITULAR

SELLO

ANEXO-A-03/198

(83) 3506.1821 / 0808.6227

OLIVEIRA &
 PINHEIRO

25 NOV 2015

14

SELLO
AS... (1976)
(83) 3506.1821 / 8808.6227

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

67079

Série

22026-PS



Adriana Tereza da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

2015

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria da Penha Pinheiro
 Loc. Nasc. Ilheus - BA Est. BA Data 06/07/82
 Filiação Silvia Pinheiro Antunes
Wilson Gomes da Silva Silva
 Doc. Nº CL-2855 98 34 120 A-4

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 17/03/01 DRT 1000 PMS C. PE

Assinatura do Funcionário
Fabiane de Fátima Fernandes Cunha
 Matr. 12.000-1

SELLO

(83) 3506.1821 / 8808.6227

OLIVEIRA &
 PINHEIRO

25 NOV 2015

[Handwritten signature]



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

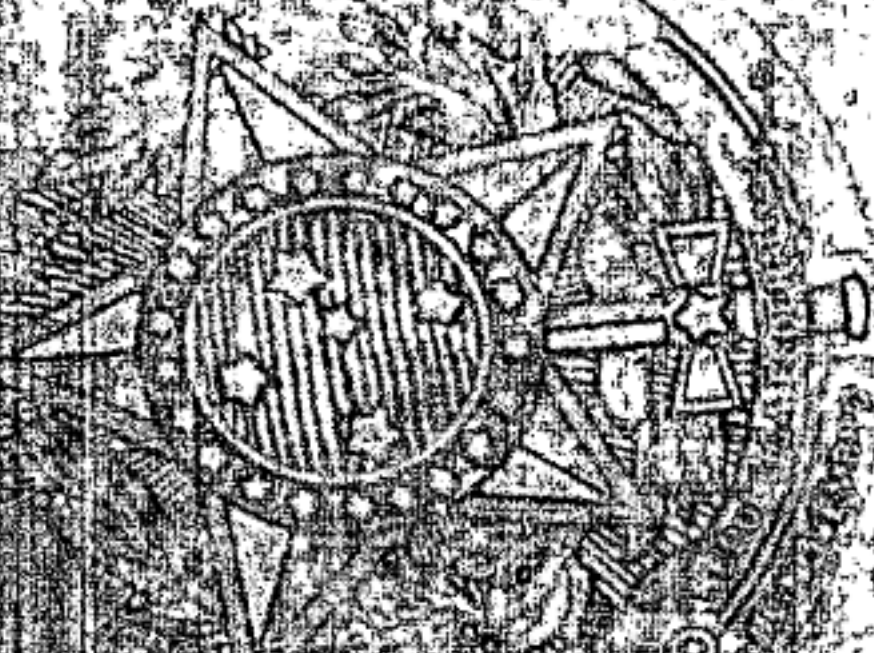
072.215.724-02

Nome

MARIA DA PENHA MINERVINO

Nascimento

06/07/1982



OLIVEIRA &
PINHA
25 NOV 2015
18

SELLO

ASSINATURA
(83) 3566.1821 / 6808.6227

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:

