

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000084631-6

Nr. da Autenticação 9E5ECB21C987C6B7

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2017

Carta nº: 10875751

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170216121 ASL-0146234/17

Vitima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Data Acidente: 06/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RENATO SOUTO CABRAL

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2017

Carta nº: 10875752

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170216121 ASL-0146234/17
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2017

Carta nº: 11034570

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENATO SOUTO CABRAL

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2017

Carta nº: 11034571

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11118374

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENATO SOUTO CABRAL

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000084631-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11118375

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000084631-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



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, Renato Santo Cabral

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.811.391

EXPEDIDO POR SSP PB

EM 19/11/2009 E

CPF 016593744-05 /CNPJ _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 840,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosicleide Santo Cabral 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 Lotéticas 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 com o 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) 0437 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00084631-6

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.

E. grande 10 de Março de 2017
LOCAL E DATA

Renato Santo Cabral
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 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0737 - BORBOREMA, PB

DATA: 02/02/2017

TERMINAL: 1004

NSU: 000265

HORA: 10:15:03

AUT.: 0020

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0737/013/00.084.631-6

NOME: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DEPOSITANTE:

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0737 - BORBOREMA, PB

DATA: 02/02/2017

TERMINAL: 1004

NSU: 000266

HORA: 10:15:05

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 0737/013.00084631-6

NOME: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO:

SALDO TOTAL:

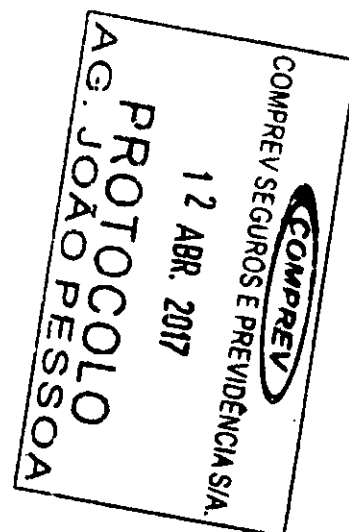
Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente





BOLETIM DE Ocorrência
Nº00079.01.2017.2.00.420

DOCUMENTO 1 *T1%*



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 06/06/2016

Hora: 00:13:00

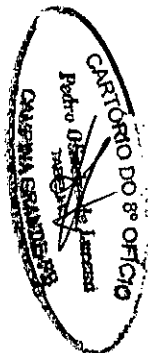
Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Canal de Bodocongó, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA
Nome: Rozicleide Souto Cabral
Conhecido por: Não informado
Filiação: Odete Souto Cabral e José Caldas Cabral
Idade: 40 **Data de Nascimento:** 19/12/1976 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Serviços Gerais
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3655417 SSP/PB
Endereço: Rua- Zena Brasileiro, 23, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98735-4441

VITIMA
Nome: Josinaldo Virginio Rocha
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria do Socorro Virginio Rocha e Severino Rocha Xavier
Idade: 43 **Data de Nascimento:** 17/09/1973 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: divorciado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Pedreiro
Documentos(s) de Identificação: RG nº 1705327 SSP/PB
Endereço: Rua- Pedro Francisco do Nascimento, 28, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval/83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.363.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

230317
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AEW02514-LFLO
Consulte a autenticidade em <https://selodig.ssp.pb.gov.br>



2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande

TESTEMUNHA	<p>Nome: Leandro Lopes dos Santos Conhecido por: Não informado Filiação: Rita Lopes dos Santos e Leodemor Alves dos Santos Idade: 30 Data de Nascimento: 09/09/1986 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Comerciante Documentos(s) de Identificação: RG nº 3624505 SSP/PB Endereço: Rua Prof. Eoripedes Gomes da Cruz, 203, Jeremias, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98622-0847</p>
	<p>Nome: Ana Paula Vieira da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Francisca de Paula Rodrigues Vieira e Adalberto Jacinto da Silva Idade: 28 Data de Nascimento: 22/03/1988 Identidade de Gênero: Não informado Nacionalidade: brasileira Naturalidade: João Pessoa Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Não informado Documentos(s) de Identificação: RG nº 3081182 SSP/PB Endereço: Rua- Professor Eoripedes Gomes da Cruz, Jeremias, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: Não informado</p>

SELO DIGITAL: NEW02515-75VY
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLADO
12 ABR. 2017
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.845/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 125 FAN ES, tipo de veículo Motocicleta, cor preta, ano 2013, placa OGA-5926, chassi 9C2JC4120DR548854, renavam 0054698750-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE	Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2	CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085 CNPJ: 09.365.845/0001-76 Bel. Pedro Oliveira de Lucena Tabelião
	(1) Rozicleide Souto Cabral (VITIMA)	
PARTE	Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2	Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido Campina Grande 230317 Bel. Pedro Oliveira de Lucena Tabelião
	(1) Josinaldo Virginio Rocha (VITIMA)	

HISTÓRICO

Informa a comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa da motocicleta Honda/CG 125 FAN ES, Ano/Modelo 2013/2013, cor preta, Placa OGA-5926-PB, Chassi de Nº 9C2JC4120DR548854, licenciada em nome de Emerson Soares da Silva, quando trafegavam no Canal de Bodocongó, momento em que ao passar numa curva do Canale o piloto da moto perdeu o controle de direção da moto, vindo a chocar-se contra uma árvore, onde ambos caíram ao solo, tendo a comunicante sofrido fratura do Femur na perna direita, enquanto que o piloto da moto o Senhor JOSINALDO VIRGINIO ROCHA, este caiu ao solo e sofreu fratura exposta do braço direito, que ao ser medicado foi amputado o braço direito, sendo ambos socorridos pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente



contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

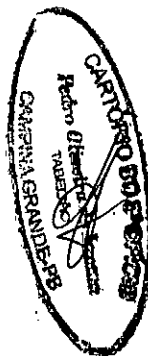
Campina Grande/PB, 16 de março de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
Noticiante

Josinaldo V. Rocha
JOSINALDO VIRGINIO ROCHA
Noticiante

Ademir da Costa Vilar
ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



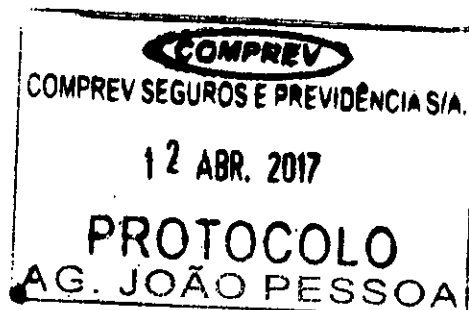
CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques de Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

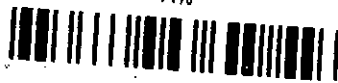
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

230317

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AEW02516-C08G**
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosicleide Souto Cabral, portador
da carteira de identidade nº 3.655.417 e inscrito no CPF/MF sob o nº
016 381684-07, residente e domiciliado na Rua Zema Brasileira,
23, Araxá, e
Cidade C. Grande, Estado Paraná, 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;

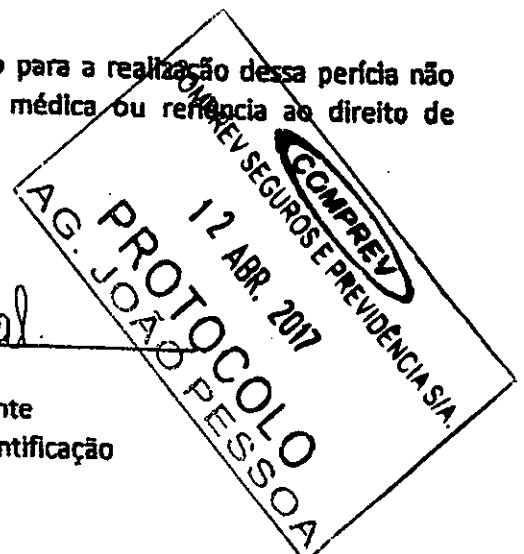
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT,
para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

x Rosicleide Souto Cabral

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campos Gerais, 10/03/2017
Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DISTRITO DE CATOLÉ - COMARCA DE CAMPINA GRANDE LUIZ CARLOS DE MELO - Titular ELIENE SANTOS DE MELO - Substituto(a) Registros de Nascimento, Óbito e Notas (Escrituras, Procurações, Reconhecimento de Firmas e Autenticações) Rua Do Grupo, 16 Centro Distrito do Catolé/PB CEP 58108-000

DOCUMENTO 2 *T2%*



CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 1245

DELIB. SEJ. 1.000/2000



CERTIFICO que às folhas 199 do livro A- 2, de Registro de Nascimento
foi feito hoje o assento de ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

nasci DA aos DEZENOVE de DEZEMBRO do ano 1976
às 3 horas e 00 minutos em CAMPINA GRANDE - PB
NA CASA DE SAUDE DR. FRANCISCO BRASILEIRO

do sexo FEMININO
filh A de JOSÉ CALDAS CABRAL, paraibano, servente e de ODETE SOUTO CABRAL
paraibana, do lar.

São avós paternos Rafael Valdevino Cabral e Raimunda Caldas Cabral
maternos Geraldo Souto e Maria da
Conceição Souto

Foi declarante o genitor

e serviram de testemunhas as constantes do termo

Observações: Registro feito em 09/10/1978.

7.º CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO FERNANDO SOUTO MAIOR
Calçada da Corda Velha 11 - Ed. Lucas
Fone: 321-3933 / 322-5713 - Campina Grande - PB
Reconheço a(s) firma(s) de [assinatura]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
12 ABR. 2017

O referido é verdade, dou fé

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Distrito do catolé,

janeiro

2001.

de 2000

40.948.234/0001-80

Cartório Distrital de Catolé
Luiz Carlos de Melo

Registrador(a) Civil

Rua do Grupo, 23
Distrito do Catolé CEP 58108-000

CAMPINA GRANDE - PB

Apoio Social: Prefeitura Municipal de Campina Grande "CIDADÃO LEGAL"

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

14024102

Ato declaratório

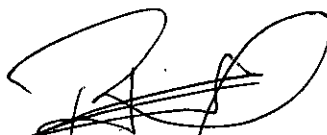
DOCUMENTO 3 *T3%*



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **Rosicleide Souto Cabral**, vítima de acidente de trânsito, no dia 06 de Junho de 2016, aproximadamente às 00hs13min, no End: Canal de Bodocongó – Bodocongó, sendo a paciente atendida e removida para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 31 de Agosto de 2016.



Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG
Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa





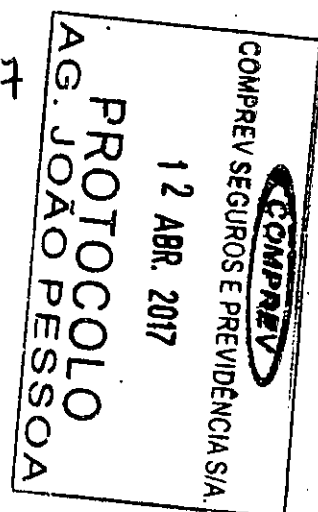
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosicleide Souto Cabral

RG nº 3.655.417, data de expedição 31/08/2016, Órgão SSP PB, CPF nº 016 381 684-07 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>Rua Zena Brasileira</u>
Número	<u>23</u>
Apto. / Complemento	
Bairro	<u>Araxá</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(83) 9 9997-5596 / 9 8790-9234</u>
E-mail	<u>claricefornandes_meda@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 10/03/2017Assinatura do Declarante: Rosicleide Souto Cabral



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
11501162
REFERENCIA
MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ODETE SOUTO CABRAL
RUA ZENA BRASILEIRO 23

58100-000

JEREMIAS
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.35.025.0.25	0	Residencial	Comercial	Industrial	Outro	11501162

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação da Água	Situação do Esgoto
Y15N411430	20/10/2015		Situada	Situada

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
247	256	9	32	08/04/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
SET/2016	18	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
OUT/2016	16	0	COR	185 202 196
NOV/2016	10	0	COL.TERMOT	0 0 0
DEZ/2016	13	0	COLOR	185 200 196
JAN/2017	7	0	TUREIDEZ	185 202 196
FEV/2017	11	0	COL.TOTAIS	185 201 201
MEDIA(M)	13		DADOS REFERENTES A: JAN/2017	

DATA DA LEITURA: 11/03/2017	HORA DA LEITURA: 11:41:27
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 R\$36,84
047-JUROS DE MORA	R\$3.29
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$2.71

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3.41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
23/03/2017	R\$42,84

v.16.10 R.1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11501162	MAR/2017	23/03/2017	R\$42,84

82640000000-4 42840010821-6 15011620320-2 17000000002-7



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA
11501162

REFERENCIA

MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ODETE SOUTO CABRAL
RUA ZENA BRASILEIRO 23

58100-000

JEREMIAS
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.35.025.0.25	0	Residencial	Comercial	Industrial	Ribão	11501162

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação da Água	POTENCIAL
Y15N411430	20/10/2015			Situação Esgoto

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
247	256	9	32	08/04/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.			QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5	
SET/2016	18	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
OUT/2016	16	0	COR	185 202 196
NOV/2016	10	0	COL.TERMOT	0 0 0
DEZ/2016	13	0	CLOFO	185 200 196
JAN/2017	7	0	TUREIDEZ	185 202 196
FEV/2017	11	0	COL.TOTAIS	185 201 201
MEDIA(M)	13		DADOS REFERENTES A: JAN/2017	

DATA DA LEITURA: 11/03/2017

HORA DA LEITURA: 11:41:27

DESCRICAO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84		R\$36,84
047-JUROS DE MORA				R\$3,29
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R\$2,71

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3,41 PIS E COFINS. LEI 12.741/11

VENCIMENTO:

23/03/2017

Total a Pagar:

R\$42,84

v.16.10 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

CAS POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

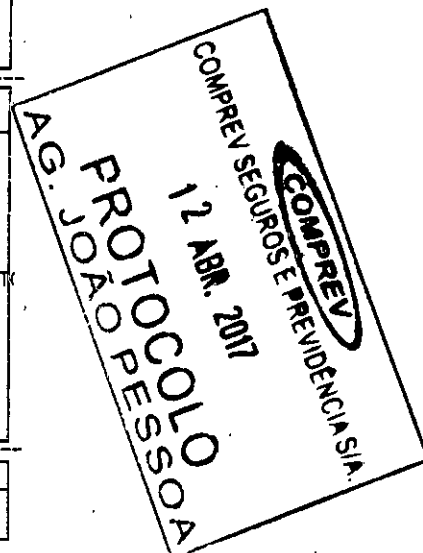
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11501162	MAR/2017	23/03/2017	R\$42,84

82640000000-4 42840010821-6 15011620320-2 17000000002-7

DOCUMENTO 1 *T1%*



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br).



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



CORREIOS

000905



FERNANDA FERNANDES LEITE
R JOSE ZILTON UCHOA 150
ITARARE
CAMPINA GRANDE
58411-015

PB

DOCUMENTO 1 *T19*



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REMETENTE

I.N.S.S.

OL - 13 0 21 020 - AG DA P. SOCIAL - CAMPINA GRANDE - CATOLE

RUA VIGARIO CALIXTO 418

CATOLE

CAMPINA GRANDE

58410-340

PB

001144

☒ MUDOU-SE

☒ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☒ NÃO EXISTE O NÚMERO

INDICADO

☒ DESCONHECIDO

☒ RECUSADO

☒ NÃO PROCURADO

☒ AUSENTE

☒ FALECIDO

☒ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

☒ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CPG03X

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Fernandes Leite Alves portador(a) do

RG nº 2670363, expedido por SSP PB, em

/ /, CPF/CNPJ nº 033 823 724/14

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rosicleide

Santo Cabral do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

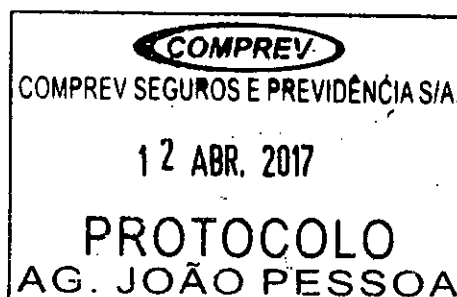
da vítima Rosicleide Santo Cabral, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: O mesmo Renda Mensal: R\$ O mesmo

Documentos comprobatórios: Não Possui

Fernanda Fernandes Leite Alves
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Souto Cabral, portador(a) do

RG nº 3.881.391, expedido por SSP PB, em

19/11/2009, CPF/CNPJ nº 016 593 744 - 05,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Rozicleide

Souto Cabral do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

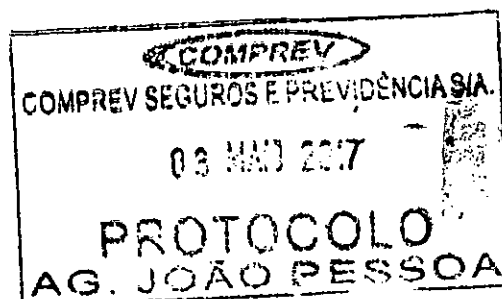
da vítima Rozicleide Souto Cabral, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusar-se Renda Mensal: R\$ Recusar-se

Documentos comprobatórios: Não Possui

Renato Souto Cabral
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**GOVERNO
DA PARAÍBA****HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA**

CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 07 de junho de 2016 (Atendimento nº. 1305885), pelas 00:48h, foi **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**, nascida em 19/12/1976, natural de Campina Grande/PB, portadora da Cédula de Identidade nº. 3.655.417 SSDS/PB, inscrita no CPF sob o nº. 016.381.684-07, filha de José Caldas Cabral e Odete Souto Cabral, residente e domiciliada na Rua Genor Brasileiro, s/n, Araxá, Campina Grande/PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se ROZICLEIDE SANTOS CABRAL, leia-se **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**.

Certificamos, ainda, que a paciente, apresentou Cédula de identidade e CPF da paciente onde constam os dados corretos da mesma.

Campina Grande/PB, 07 de março de 2017

Hospital de Emerg. e Trauma
D. Luiz Gonzaga Fernandes

Rodrigo Araújo Celino
Chefe do Núcleo de Auditoria
Matrícula: 157816-2 - OAB/PB 12.139

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A):

Cabral

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

Romário de Santos

SÉRIE

ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. S72 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 07 / 06 / 16 A 16 / 07 / 16 NECESSITANDO DE

90 (Nove) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 16 / 7 / 16

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 9582

Ass. do Médico Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o

Dr.,

a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Arquivado pelo Saneamento

Ficha de Acolhimento

Nome:	Robeleide Santos Cabral		
End:	R. General Brasileiro 5/W.	Bairro:	Anara
Data de Nascimento:	35 Anos.	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend:	07-06-16. Hora: 00:40 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Excitado
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

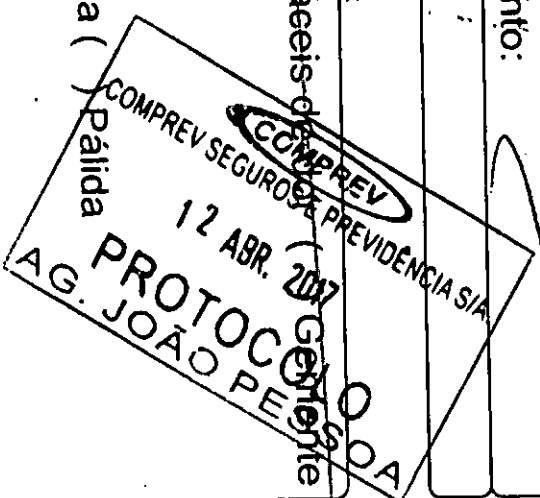
Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
Evelise de F. C.N. Barbosa

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Roseli de Sato Alojamento: 15 Leito: 15 Convênio: 15

Fredson

Data: 16 Prescrição Médica: Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Doença 2ul 02/06/06 Horário: 08:30 12:30 18:30 Evolução Médica: Doença 2ul 02/06/06

Nome do Paciente Romelide Santo Amador		Nº Prontuário	
Data da Operação 07/7/16	Enf.	Leito	
Operador Dr. Eduardo	1º Auxiliar Dr. Jefferson		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia Dr. Alfredo	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura humeral por trauma			
Tipo de Operação Proteção cirúrgica			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação			

COMPRENSO
12 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em mesa de tração M.I. (D); Alinhado; Membro superior;
- 2) Redução imediata fratura humeral (D); inicialmente invasiva (D); dissecção por menor;
- 3) Fixação com placa DCS 16 pinos; 06 parafusos corticais; 01 parafuso deslizante; 01 vólvula pinos;
- 4) Lavagem F.O. com S.F.O.S.; Sutura por menor; curativo; Não há intercorrências;
- 5) Rx pós-op.; 2 pinos com M.I. (D)

Dr. Eduardo Braga Moraes
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB. 6687

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Rosicleide Santos C. M.</i>			IDADE <i>39a</i>	SEXO <i>F</i>	COR
DATA <i>07/07/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura segmentar de femur</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AG. ANEST. SÍMBOLOS							
LÍQUIDOS							
CÓDIGOS							
VP. ART. : O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO	<i>Deum fita m.</i>						
AGENTES	<i>NEOCINA T. M. m.</i>						
TÉCNICA	<i>R. ginecologia</i>						
OPERAÇÃO	<i>Red. fêmur fixação</i>						
CIRURGIÕES	<i>Dr. Eduardo</i>						
ANESTESISTAS	<i>At. Bruno Lucas</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____

Laringo espasmo: _____ Lenia: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

① *u. f. g. m.*

② *DEXAMET.*

③ *Tenaxin*

④ *Efedra*

⑤ *NAUSEMID*

ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____

Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Paro o Leito Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES: _____

CÂNULAS

PERDA SANGÜÍNEA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROFESSOR

AG. JOAO



**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



BOKETIMDEENEFERMAGEN 08/06/16

4. ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
5. USO DE DIAPOSITIVO:				SONDAS:	SVD <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SOG <input type="checkbox"/>	TOT <input type="checkbox"/>	TRAQUEOST <input type="checkbox"/>
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL <input type="checkbox"/>	ACESSOS V. PERIFÉRICOS <input checked="" type="checkbox"/>			DRENOS:	DRENOTx <input type="checkbox"/>	DRENO VAC <input type="checkbox"/>	DRENO SUÇÃO <input type="checkbox"/>		
6. DADOS VITAIS	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:				
7. RISCO DE ÚLSELA POR PRESSÃO:	ALTÍSSIMO RISCO <input type="checkbox"/>			ALTO RISCO <input type="checkbox"/>	RISCO MODERADO <input checked="" type="checkbox"/>		BAIXO RISCO <input type="checkbox"/>	SEM RISCO <input type="checkbox"/>	
7.1 PRESENÇA DE ÚLSELA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTÁGIO	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	
8. SISTEMA CARDÍACO:	BRADICARDIA <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>	ARRITMIA <input type="checkbox"/>	PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/>		RITMO NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>			
8.1 SISTEMA NEUROLÓGICO:	COMASTOSO <input type="checkbox"/>	SEDADO <input type="checkbox"/>	TOEPOROSO <input type="checkbox"/>	LETÁRGICO <input type="checkbox"/>	DESORIENTADO <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>		
8.2 DÉFICIT MOTOR:	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/>		SEM DÉFICIT MOTOR <input type="checkbox"/>			
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO:	VENT ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/>	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNÉICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>	BRADPNÉICO <input type="checkbox"/>	VENT. MECAN. INV. <input type="checkbox"/>			
10.1 AUSCULTA:	RONCO <input type="checkbox"/>		SIBILOS <input type="checkbox"/>	ESTERTORES <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>			
11. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input checked="" type="checkbox"/>			
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		HEMATÚRIA <input type="checkbox"/>			
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações	PRESENTE <input type="checkbox"/>		AUSENTE <input type="checkbox"/>	DIARRÉIA <input type="checkbox"/>		CONSTIPADO <input type="checkbox"/>		MELENA <input type="checkbox"/>	
12.1 ABDOME	PLANO <input checked="" type="checkbox"/>		FLÁCIDO <input type="checkbox"/>	GLOBOSO <input type="checkbox"/>	DISTENDIDO <input type="checkbox"/>	COLOSTOMIA <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>		
13. ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>		OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		

[illegible]

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS	6/6	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	12/12	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE.	sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	6/6	
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	sempre	



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

06/02/1921

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Bomfim grande

25

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frodo para

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Frodo para

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM 6817
Cirurgia Ombro e Cotovelo
Rua Dr. Chateaubriand, 205
Cidade CTO - Tel. 3341-2566

7/6/16

Carimbo do Conselho
Ombro e Cotovelo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

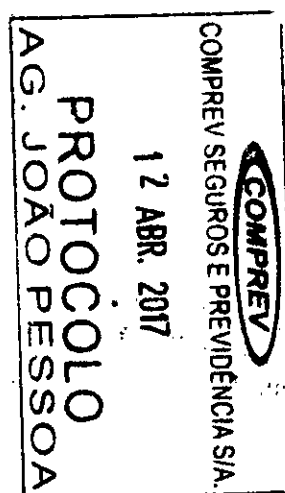
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	* Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia - 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Felipe Emanuel de O. Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM/PB - 7919

Assinatura Anestesista



PRESCRIÇÃO

02/06/16

#111111

1:30

Paciente q vinha

de dores nas pernas

e agitação psicomotora

relacionada a

ao exame.

Gustavo, 130kg, 1,70m

te exames e exames

genérol: N

no dia na vendic

regras suas

caracter

Q

Dr. Thiago Moura Costa
Neurocirurgia
CRM 10.820

EVOLUÇÃO

02/06/16

02/06/16

Paciente voltou de exames

e tudo, não ocorreu o que

se antes, sintomas agudos que

seu exame físico, mas agudos

seu exame físico, mas agudos

forte. Não houve de novo o

edema de membros inferiores

Sedação: 10mg de morfina

Nov. prof. de morfina.

opon f.c.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
12 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Francisco Gomes de Moraes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 10.820

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
Ex Subjuntivos Difer

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Romilda Sardenha	7	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/07/16	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	PM PM PM PM PM PM PM PM PM PM	<i>Sua - Suco</i> <i>BEB, normal</i> <i>ANU Sua alívio</i> <i>ED - VPM</i>
<p>Hedisson Borges de Almeida CRM-PB 9662</p> <p>Hedisson Borges de Almeida CRM-PB 9662</p>			

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

01-04-16

PA-130X80

Sat 98%

P-64

Paciente consciente,
orientado colateralmente
para cuidados gerais
+ cuidados medicados
em caso de
surto com queixas
de cuidados de enfermagem.

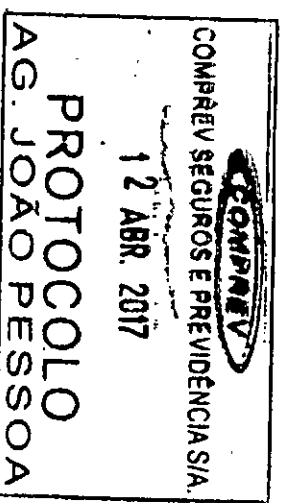
01-07-16

PA-130X80

P-73

Sat 98%

Paciente consciente,
orientado colateralmente
para cuidados gerais
em caso de surtos
de enfermagem. MS



GOVERNO DA PARAIBA

98735.4441

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Rosicleide Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 01/07/16 FICHA: 0

Nº PRONTUÁRIO: 19299999999999999999

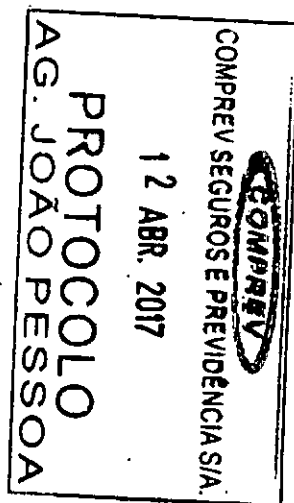
DIAGNÓSTICO: Deficiência

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO): Eduardo

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HOLISTON RUIZ DE ALMEIDA
CRM - PA 8562

MOD. 120





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A):

Cabral

Romilde Santos

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____

ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. S72 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 07 / 06 / 16 A 16 / 07 / 16 NECESSITANDO DE

90 (Nove) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDISTA ORTOMANUTOLOGA
CRM-PB 05582

Campina Grande, 16 / 7 / 16

Ass. do Médico Nº. do CRM _____

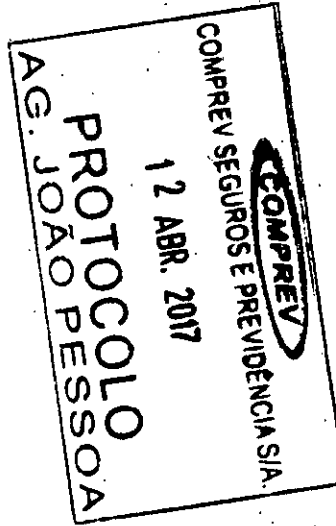
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável _____

MOD. 060



3310.5850 Telephone do Hospital do Trauma

RECIBO

15.08.2011

Companhia

DOCUMENTO 7 *T7%*

CÓDIGO DE CONTROLE
97CB.1F45.0451.7419

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.recelta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:44:04 do dia 16/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
016.381.684-07

Nome
ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Nascimento
19/12/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.655.417 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

FILIAÇÃO JOSÉ CALDAS CABRAL

ODETE SOUTO CABRAL

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº1245 - LIV.A-2 - FLS.198 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 19/12/1976

CEP 56.000-000

DATA DE EMISSÃO 28/08/93

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.811.391 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2009

NOME RENATO SOUTO CABRAL

FILIAÇÃO JOSÉ CALDAS CABRAL
ODETE SOUTO CABRAL

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 24/10/1989

DOC. ORIGIN. RASC. N. 86013, FLS. 60V LIV. A75.

CARTÓRIO CAMPINA GRANDE - PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEN 7.160.250083

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-236



Renato Souto Cabral

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 2 *T2*



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
016.593.744-05

Nome
RENATO SOUTO CABRAL

Nascimento
24/10/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9EBB.25BA.0AF0.C6AF

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 19:29:45 do dia 23/10/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

NOME
FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2670363 SSP PB

CITY
011.823.724-14

DATA NASCIMENTO
09/05/1984

FILIAÇÃO
GUMERCINDO LEITE NETO
LUCIENE FERNANDES
LEITE

PERMISSÃO
ACC
CALHAR
AB

Nº IDENTIFICAD
02869297813

VALIDADE
26/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
20/05/2003

OBSERVAÇÕES

Fernanda Fernandes Leite Alves

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
26/11/2013

ASSINATURA DO EMISSOR
Rodrigo Carneiro

25069104866
PB027550060

DETRAN - PB (PARANÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
818608616

818608616

818608616

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
- 12 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAO DO SINISTRO

ASL-0146234/17
Vtima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
CPF: 016.381.684-07

CPF de: Prprio

Data do Acidente: 06/06/2016
Titular do CPF: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrncia
Certidao de nascimento
Comprovao de ato declaratrio
Declaraao de Inexistncia de IML
Declaraao do Proprietrio do Veiculo
Documentao mdico-hospitalar
Documentos de identificao
DUT
Outros

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES : 011.823.724-14
Comprovante de residncia
Declaraao Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificao
Procurao

RENATO SOUTO CABRAL : 016.593.744-05
Comprovante de residncia
Documentos de identificao
Procurao

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL : 016.381.684-07
Autorizao de pagamento
Comprovante de residncia

ATENAO:

- O prazo para o pagamento da indenizao   de 30 dias, contados a partir da entrega da documentao completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenizao, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenizao por invalidez permanente   de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentao recebida sem conferência.

Portador da documentao entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 12/04/2017 Nome: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES CPF/CNPJ: 011.823.724-14	Data: 12/04/2017 Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA CPF: 105.999.304-03
FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170216121 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL **Data do acidente:** 06/06/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170216121

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Data do acidente: 06/06/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NA COXA. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

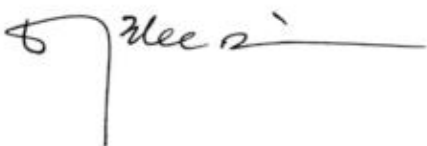
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

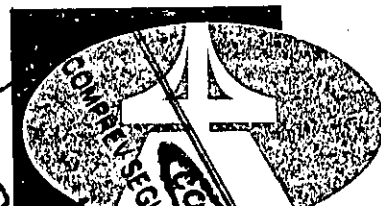


FECHINE
SERVIÇOS NOTARIAIS
Shirleyne de Sousa Melo
Rua Marques do Herval, 83 - Centro - Fone: 3321-3002
Campina Grande - PB

FECHINE

SERVIÇO NOTARIAL

4º OFÍCIO



ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS

SARA DO SILVA FECHINE

TABELIÃO

TABELIÃO

CARTÓRIO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085

CNPJ: 09.365.545/0001 76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

LIVRO.: 0470

FOLHA: 176

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

PROCURAÇÃO

SELO DIGITAL: AEWD2510-748X

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de fevereiro do ano de 2017 (dois mil e dezessete), no **FECHINE - SERVIÇO NOTARIAL**, situado na R. Marques do Herval, 58 - Centro - Campina Grande - PB - Fone: 3321-3002, lavro este instrumento público de procuração, em que, perante mim **Antonio Hamilton Fechine Dantas, Titular**, compareceu como **OUTORGANTE: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**, brasileira, solteira, do lar, portadora do Documento de Identidade nº 3.655.417-2*via-SSDS/PB, inscrita no CPF/MF nº 016.381.684-07, residente e domiciliada na Rua Zena Brasileira, nº 23, Araxá, Campina Grande-PB; identificada como a própria por mim Notária, à vista dos documentos de identidade apresentados, do que dou fé; perante mim por ela me foi dito que constituía e nomeava seu bastante procurador: **RENATO SOUTO CABRAL**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do Documento de Identidade nº 3.811.391-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 016.593.744-05, residente e domiciliado no mesmo endereço supra mencionado; a quem confere poderes para representá-la junto a quaisquer Repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Sociedade de economia mista, empresas estatais e paraestatais, no comércio, indústria, perante a qualquer instituição bancária e de crédito, bancos em geral, oficiais e/ou privados, perante Ministérios, Justiça do Trabalho, Receita Federal, Serviços Notarias, Registrais, DETRAN de todo Território Nacional, Consulados e Embaixadas, Empresas de Telecomunicações Fixa e Móvel, Empresas de Cartão de Crédito, Empresas de Plano de Saúde, bem como representá-la junto ao SEGURO DPVAT, e com esta se apresentar, podendo tudo resolver, requerer, recorrer, ajustar, praticar, assinar em nome da outorgante, juntar, desentranhar, retirar, apresentar e assinar documentos exigidos, formular requerimentos, petições, efetuar pagamentos, apresentar, assinar e rubricar propostas, desentrenhar documentos, receber quantias através de cheques nominativos a ela outorgante, passar recibos, dar quitação, emitir e receber correspondências, encomendas, e/ou quaisquer remessas postais; receber DUT, fazer transferências de veículo em nome da Outorgante, pagar taxas e emolumentos, assinar recibos de transferência, podendo comprar bens móveis e imóveis, podendo representá-la junto a Cartórios de Registro de Imóveis para ali assinar escrituras, requerer e receber Certidões, firmar clausulas e condições, assinar o que for preciso, requerer e receber toda e qualquer documentação que se faça necessário; podendo se responsabilizar por aluguéis de imóveis em nome da Outorgante; assinar contratos, distratos, estipular valores, receber o valor dos aluguéis, propor ação de despejo se preciso for, podendo resolver qualquer assunto de interesse da mesma; podendo representá-la junto a quaisquer instituição bancárias, inclusive junto ao Banco Caixa Econômica Federal e neles abrir, movimentar e/ou encerrar contas correntes e/ou poupanças, requerer, renovar, receber e desbloquear cartão magnético e/ou Eletrônico, cadastrar senha, receber e/ou alterar senhas, podendo emitir, endossar cheques, autorizar cobranças, utilizar o crédito aberto na forma e condições que assim achar conveniente, indagar saldos, solicitar extratos, efetuar saque, assinar e receber guias de retiradas, firmar clausulas e condições de depósitos, efetuar pagamentos, sustar, e contra-ordenar cheques, cancelar cheques, baixar cheques, efetuar resgates de aplicações financeiras, podendo então assinar propostas, contratos, ajustar clausulas e condições, acordar e discordar, assinar documentos necessários, requerer, apresentar documentos exigidos, assinar formulários, guias, fazer requerimentos, prestar declarações.

DOCUMENTO 3 *73%*

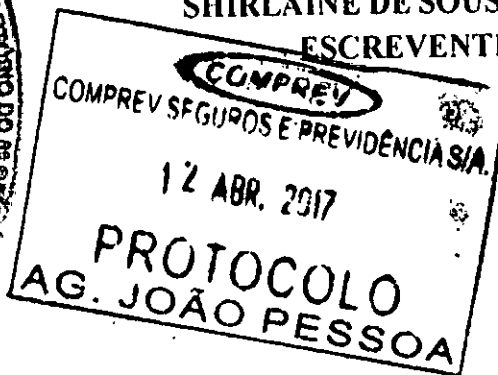
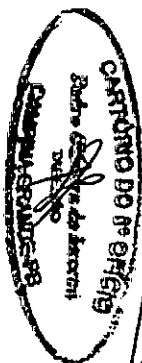


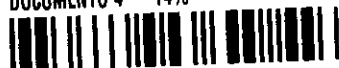
autorizar débitos, transferências e pagamentos por carta ou outro meio legal, movimentar contas de depósitos, requisitar talões de cheques, notas promissórias, depositar e retirar dinheiro, recambiar moedas, fazer depósitos, transferências, receber e dar quitação, transigir, assinar e firmar compromissos, renunciar direitos, confessar, endossar, aceitar e avalizar títulos, resolver qualquer assunto de interesse da Outorgante; Com poderes ainda o dito outorgado, nomear e constituir Advogado para o foro em geral com a cláusula "ad judicium", podendo defender os direitos e interesses da Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública Federal, Estadual e Municipal, podendo propor ação competente em que a outorgante seja autor, réu ou reclamante, e defendendo-a quando for interessado ou requerido, podendo solicitar audiência, participar delas, opinar, acordar, discordar, assinar o que for preciso, prestar declarações, requerer ação competente, acompanhar até final conclusão, assinando petições, recebendo notificações, podendo apresentar toda e qualquer documentação necessária, assinar o que for preciso, pagar taxas, preencher formulários, podendo ainda contestar, reclamar, recorrer, requerer, assinar e firmar compromissos, enfim praticar todos os atos relativos e necessários para o fiel desempenho deste mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pela outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,01, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 18,46, sendo os Emolumentos 92,32, pagos em 24/02/2017. Selo Digital: ADU78877-FC4S. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente Procuração, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. Leonaldo Alves dos Santos, brasileiro, casado, Serviços gerais, portador do Documento de Identidade nº 3.541.727-2 via-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 015.880.584-41, residente e domiciliado na Rua Professor Floripêdes Gomes da Cruz, nº 197, Jeremias, Campina Grande-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo da outorgante que DECLAROU SER ANALFABETA e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Shirleine de Sousa Melo (_____), Escrevente Autorizada, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, SHIRLAINE DE SOUSA MELO - Escrevente do Fecine - Serviço Notarial, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) ROZICLEIDE SOUTO CABRAL.

Em testemunho (_____) da verdade.

Shirleine de Sousa Melo
SHIRLAINE DE SOUSA MELO

ESCREVENTE -





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Rogicleide Souto Cabral
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: do lar
 Identidade: 3655 417 CPF: 016 381 684-07
 Endereço: Rua Zema Brasileira, nº 23, Anaxá, C. grande, PB

PROCURADOR:

Nome: Fernanda Fernandes Leite Alves
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Parada
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 2670363 CPF: 011 823 724-14
 Endereço: Rua José Lilton Uchoa, 150, Itanani
Campina Grande, Paraíba
 fone: (83) 9 9997-5596 / (83) 9 8790-9234

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quem tenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

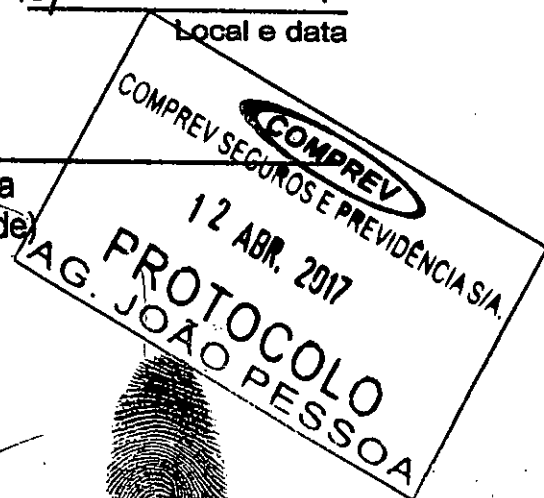


C. grande, 24/02/2017

Local e data

Rogicleide Souto Cabral

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

RENATO SOUTO CARRAL

Em test. da verdade: Campina Grande - PB 24/02/2017 15:44:35

Shirlaine de Sousa Melo - Escrevente

[2017-005230] JENOL:R\$ 19,23 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85

SELO DIGITAL: AET05685-RB3W

Confirma a autenticidade em <https://selodigital.tinh.ius.br>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL** Sinistro: **3170216121** Data: **06/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Professora Zena Brasileiro, 23 - Jeremias - Campina Grande - PB - CEP 58404-160**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3655417**

Data local do exame: [**29/05/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA COMINUTIVA DO FÊMUR DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR NA COXA. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E MARCHA CLAUDICANTE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do quadril direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril direito

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

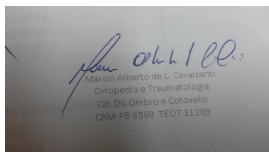
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB