

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: 00000084631-6

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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2017

Carta nº: 10875752

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: 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 inicio 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,



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 inicio 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.

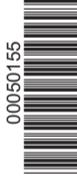
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11118374

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vitima: 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 n°: 11118375

A/C: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sinistro: 3170216121 ASL-0146234/17
Vitima: 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

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



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 Souto Cabral

POR TADOR(A) DO RG Nº 3.811.391

EXPEDIDO POR SSP PB

EM 09/11/2009 E

CPF 016593344-05 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Pedreiro

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

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosicleide Souto 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 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 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 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0133 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

R. grande 10 de Março de 2017

LOCAL E DATA

Renato Souto 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 HORA: 10:15:03
TERMINAL: 1004 NSU: 000265 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 HORA: 10:15:05
TERMINAL: 1004 NSU: 000266 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

COMPREV
COMPREV
SEGURADEZ
SEGURADEZ
PREVIDENCIA S/A
PREVIDENCIA S/A

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



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

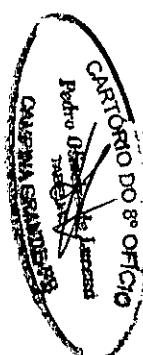
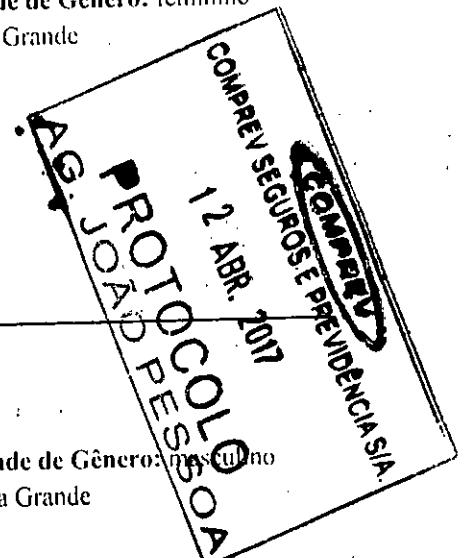
Hora: 00:13:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Rozicleide Souto Cabral		Identidade de Gênero: feminino
	Conhecido por:	Não informado	
	Filiação:	Odetec Souto Cabral e José Caldas Cabral	
	Idade:	40	Data de Nascimento: 19/12/1976
	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- Zéna Brasileiro, 23, PB	
	Complemento:	Não informado	
	Telefone:	(83) 98735-4441	
VITIMA	Nome: Josinaldo Virginio Rocha		Identidade de Gênero: masculino
	Conhecido por:	Não informado	
	Filiação:	Maria do Socorro Virginio Rocha e Severino Rocha Xavier	
	Idade:	43	Data de Nascimento: 17/09/1973
	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: 09.326.545/0001-76

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: AEW00514 - LFL0
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>



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

TESTEMUNHA

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: Comerciário
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3624505 SSP/PB
Endereço: Rua Profº Eoripedes Gomes da Cruz, 203, Jeremias, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98622-0847

TESTEMUNHA

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

SELO DIGITAL: *NEW 02535-75 VY*
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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: 3841-6085 CNPJ: 09.365.645/0001-76 Bel. Pedro Oliveira de Lucena Tabelião
	(1) Rozieleide Souto Cabral (VITIMA)	
	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
	(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 Bodecangó, 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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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

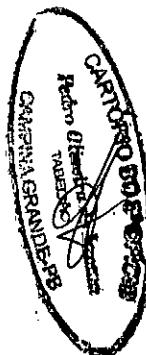
Noticiante


Josinaldo Virginio Rocha

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro - Fone: 3341-6095
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

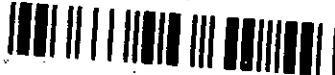
230317

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AEW02516-C01G
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>


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

Procedimento Policial N°:00079.01.2017.2.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renicleide Souto Calvão, 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 Zena Brasileira, 23, Araxá, Cidade E. Grande, Estado Paraíba, 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:

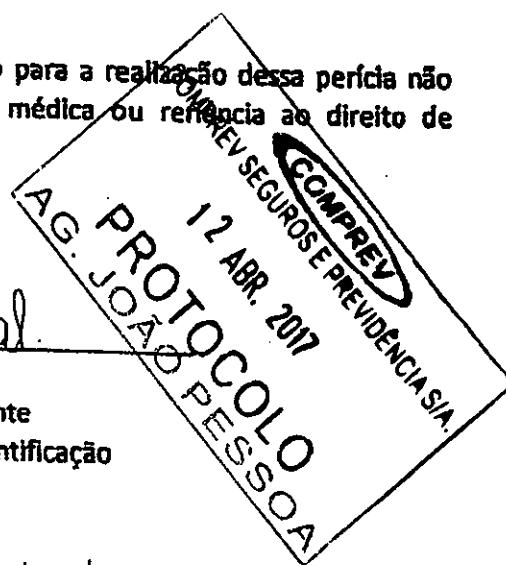
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 Lider 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 Renicleide Calvão

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Campina Grande, 10/03/2017
Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

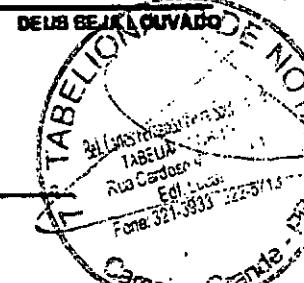


ESTADO DA PARAÍBA SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DISTRITO DE CATOLÉ - COMARCA DE CAMPINA GRANDE LUIZ CARLOS DE MELO - Titular ELIENE SANTOS DE MELO - Substituto(a) Registros de Nascimento, Óbito e Notas (Escrituras, Procurações, Reconhecimento de Firmas e Autenticações) Rua Do Grupo, 18 Centro Distrito do Catolé/PB CEP 58108-000

DOCUMENTO 2 "T2%"



CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 1245



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 JOSE CALDAS CABRAL, paraibano, servente e de ODETE SOUTO CABRAL
paraibana, do lar.

São avós paternos Rafael Valdevino Cabral e Raimunda Caldas Cabral

São avós maternos Loreilde Souto e Maria de Conceição Souto

Foi declarante o genitor

e serviram de testemunhas as constantes do termo

Observações: Registro feito em 09/10/1978.

7º. CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO FERNANDO SOUTO MAIOR
Caçambão da Cordonha, Vila 111 - Edif. Lucas
Fone: 321-3933 / 322-5713 - Campina Grande - PB
Reconhecimento (s) feito (s) de

~~COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A~~

como verdadeira dou fe Campina Grande - PB

12 ABR. 2017

~~PROTÓCOLO~~

~~TABELIAÇÃO/ESCRIVENTE~~

O referido é verdade, dou fe

G. JOÃO PESSOA

Distrito do Catolé, 12 de Janeiro de 2001.

40.948.234/0001-80
Cartório Distrital de Catolé
Luis Carlos de Melo

Registrador(a) Civil

Rua do Grupo, 23

Distrito do Catolé CEP 58108-000

CAMPINA GRANDE PB

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

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

14024102

Ato declaratório

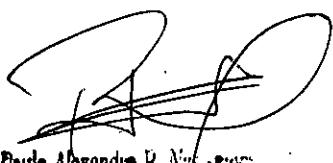
DOCUMENTO 3 *T306*



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 016 381 684-03 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>claricefernandes.medeo@hotmail.com</u>

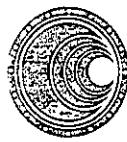
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 10/03/2017

Assinatura do Declarante: Rosicleide Souto Cabral

12 ABR. 2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
5000-1111-1111-1111
REFERENCIA
MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ODETE SOUTO CABRAL
RUA ZENA BRASILEIRO 23
JEREMIAS
CAMPINA GRANDE

58100-000

Inscrição	SMI	Residencial	Comercial	Industrial	Res.	Responsável
018.35.025.0125	0	1	0	0	0	11501162
Hidrômetro Y15N411430	Data de Instalação 20/10/2015	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
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-MS				
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	CLORO	185	200	196
JAN/2017	7	0	TUREIDEZ	185	202	196
FEV/2017	11	0	COL.TOTAIS	185	201	201
MÉDIA(M)	13		DADOS REFERENTES A:JAN/2017			

DATA DA LEITURA:	11/03/2017	HORA DA LEITURA:	11:41:27
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m³	13	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: 23/03/2017 Total a Pagar: R\$42,84

v.16.10 R. 1.0

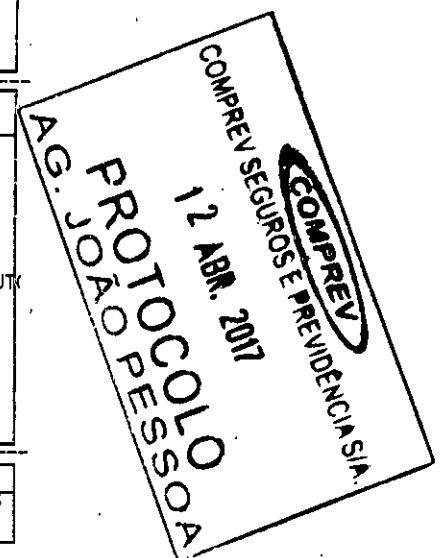
CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: NORMAL
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL	
CÓDIGO DE DEB. ANTERIOR(ES)	
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTÔMICO.	

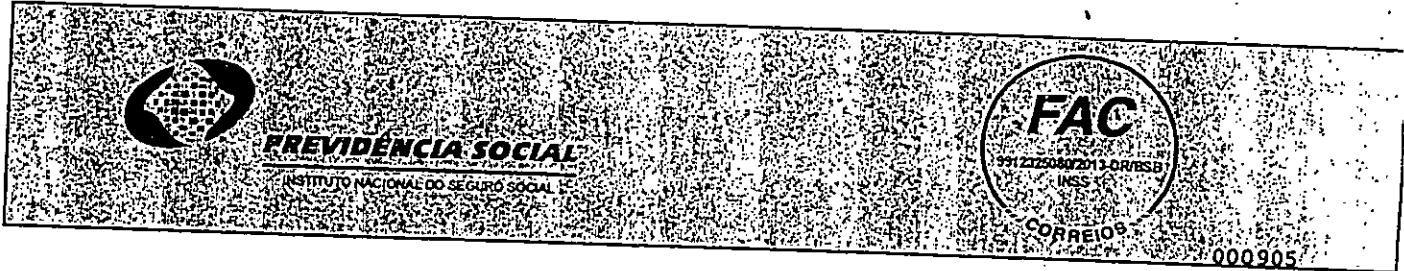
**CAGEPA**
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

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

DOCUMENTO 1 *T10*

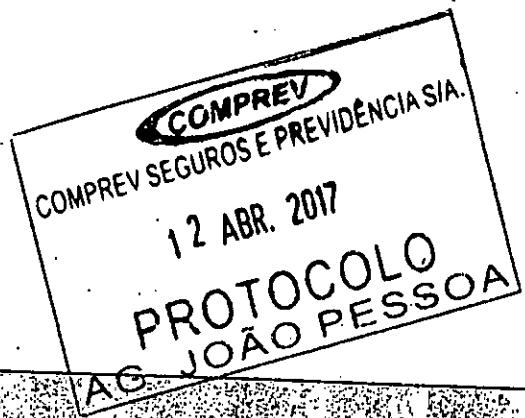




FERNANDA FERNANDES LEITE
R JOSE ZILTON UCHOA 150
ITARARE
CAMPINA GRANDE
58411-015

PB

DOCUMENTO 1 "T1%"



REMETENTE

001144

I.N.S.S.
OL-130210020 AG-DA E-SOCIAL CAMPINA GRANDE-CATOLE
RUA VIGARIO CALLIXTO 118
CATOLE
CAMPINA GRANDE
58410-340 PB

158

<input type="checkbox"/> MUDOU/SE	<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> FALECIDO	

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

AVISTO



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.

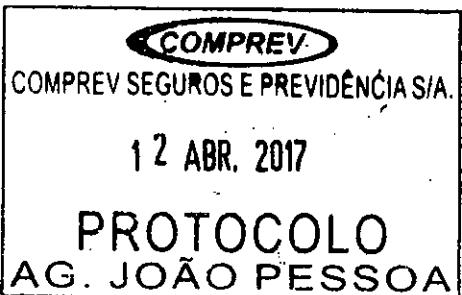
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Fernandes Beite Alves, portador(a) do RG nº 2670363, expedido por SSP PB, em / /, CPF/CNPJ nº 083 823 724/14, 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 Beite 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.

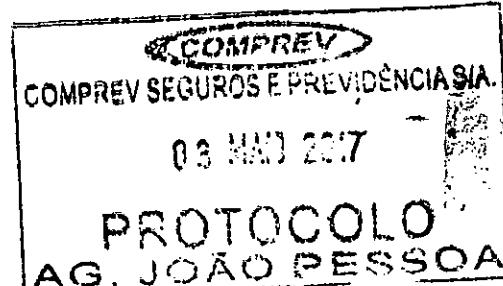
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

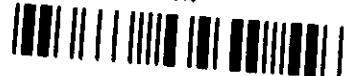
Pelo exposto, eu Renato Souto Cabral, portador(a) do RG nº 3.881.391, expedido por SSP.PB, em 19/11/2009, CPF/CNPJ nº 016 593 744 - 05, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rozicleide Souto Cabral do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Rozicleide Souto Cabral, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Não Possui

Renato Souto Cabral
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do proprietário do veículo

Eu, Emerson Soares da Silva

RG nº 3508 143, data de expedição 30/11/2006, orgão SSPPB,

Portador do CPF nº 015 868 614-91 com domicílio na cidade de Campina Grande, onde resido na Travessa Carmeiro da Cunha

Nº 132, complemento Monte Santo, Declaro sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rogério de Souto Cabral caso o condutor era Josinaldo Virginio Rocha.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 Fam ES

Ano: 2013

Placa: CG A5 926 / PB

Chassi: 9C21C4120DR548854

Data do acidente: 07/06/2016

Local e data: Campina Grande, 18/10/2016



Emerson Soares da Silva

Assinatura do declarante

Josinaldo V. Rocha

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não esteja reclamante do sinistro)

ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS
TABELLO
SARAH DA SILVA FECHINE

R. M. M. DANTAS, 100 - Centro - 58200-000 - Campina Grande - PB

ESTADO: PERNAMBUCO - CEP: 58200-000

</div



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 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, 157.816-2 - 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

Rosângela de Souza

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

Carla

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 02 / 06 / 16 A 16 / 07 / 16 NECESSITANDO DE
90 (Noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Hallisson Barros de Almeida

Ortopedista / Traumatologista

Ass. do Médico 77000-0562 CRM Nº 1177

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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada:

NATUAZA DA CONSULTA

Clínica

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CNPJ: 08-778-268/0001-60

Código da Unidade: 00023671

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 1305885

ROSICLEIDE SANTOS CABRAL

Documento: (M)

Idade: FEMININO
35,0

01 - URGÊNCIA

Nome: Endereço:

RUA GENOR BRASILEIRO, SN
CAMPINA GRANDE

Sexo: Bairro

SEM DOCUMENTO

02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA

Profissão:

ESTR

Município: CEP:

ARAXA

03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;

Endereço:

07 / 06 / 2016

CEP do Município:

250400

04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;

Data Atendimento:

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

RACIOCIN

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARD

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

01 - PRESCRITA

02 - APLICADA

03 - OBSERVAÇÃO

04 - OUTRO

05 - PENDENTE

06 - RESIDÊNCIA

07 - HOSPITAL

08 - CLÍNICO

09 - IDADE

10 - OUTROS

11 - PESSOAS

12 - PESSOAS

13 - PESSOAS

14 - PESSOAS

15 - PESSOAS

16 - PESSOAS

17 - PESSOAS

18 - PESSOAS

19 - PESSOAS

20 - PESSOAS

21 - PESSOAS

22 - PESSOAS

23 - PESSOAS

24 - PESSOAS

25 - PESSOAS

26 - PESSOAS

27 - PESSOAS

28 - PESSOAS

29 - PESSOAS

30 - PESSOAS

31 - PESSOAS

32 - PESSOAS

33 - PESSOAS

34 - PESSOAS

35 - PESSOAS

36 - PESSOAS

37 - PESSOAS

38 - PESSOAS

39 - PESSOAS

40 - PESSOAS

41 - PESSOAS

42 - PESSOAS

43 - PESSOAS

44 - PESSOAS

45 - PESSOAS

46 - PESSOAS

47 - PESSOAS

48 - PESSOAS

49 - PESSOAS

50 - PESSOAS

51 - PESSOAS

52 - PESSOAS

53 - PESSOAS

54 - PESSOAS

55 - PESSOAS

56 - PESSOAS

57 - PESSOAS

58 - PESSOAS

59 - PESSOAS

60 - PESSOAS

61 - PESSOAS

62 - PESSOAS

63 - PESSOAS

64 - PESSOAS

65 - PESSOAS

66 - PESSOAS

67 - PESSOAS

68 - PESSOAS

69 - PESSOAS

70 - PESSOAS

71 - PESSOAS

72 - PESSOAS

73 - PESSOAS

74 - PESSOAS

75 - PESSOAS

76 - PESSOAS

77 - PESSOAS

78 - PESSOAS

79 - PESSOAS

80 - PESSOAS

81 - PESSOAS

82 - PESSOAS

83 - PESSOAS

84 - PESSOAS

85 - PESSOAS

86 - PESSOAS

87 - PESSOAS

88 - PESSOAS

89 - PESSOAS

90 - PESSOAS

91 - PESSOAS

92 - PESSOAS

93 - PESSOAS

94 - PESSOAS

95 - PESSOAS

96 - PESSOAS

97 - PESSOAS

98 - PESSOAS

99 - PESSOAS

100 - PESSOAS

101 - PESSOAS

102 - PESSOAS

103 - PESSOAS

104 - PESSOAS

105 - PESSOAS

106 - PESSOAS

107 - PESSOAS

108 - PESSOAS

109 - PESSOAS

110 - PESSOAS

111 - PESSOAS

112 - PESSOAS

113 - PESSOAS

114 - PESSOAS

115 - PESSOAS

116 - PESSOAS

117 - PESSOAS

118 - PESSOAS

119 - PESSOAS

120 - PESSOAS

121 - PESSOAS

122 - PESSOAS

123 - PESSOAS

124 - PESSOAS

125 - PESSOAS

126 - PESSOAS

127 - PESSOAS

128 - PESSOAS

129 - PESSOAS

130 - PESSOAS

131 - PESSOAS

132 - PESSOAS

133 - PESSOAS

134 - PESSOAS

135 - PESSOAS

136 - PESSOAS

137 - PESSOAS

138 - PESSOAS

139 - PESSOAS

140 - PESSOAS

141 - PESSOAS

142 - PESSOAS

143 - PESSOAS

144 - PESSOAS

145 - PESSOAS

146 - PESSOAS

147 - PESSOAS

148 - PESSOAS

149 - PESSOAS

150 - PESSOAS

151 - PESSOAS

152 - PESSOAS

153 - PESSOAS

154 - PESSOAS

155 - PESSOAS

156 - PESSOAS

157 - PESSOAS

158 - PESSOAS

159 - PESSOAS

160 - PESSOAS

161 - PESSOAS

162 - PESSOAS

163 - PESSOAS

164 - PESSOAS

165 - PESSOAS

166 - PESSOAS

167 - PESSOAS

168 - PESSOAS

169 - PESSOAS

170 - PESSOAS

171 - PESSOAS

172 - PESSOAS

173 - PESSOAS

174 - PESSOAS

175 - PESSOAS

176 - PESSOAS

177 - PESSOAS

178 - PESSOAS

179 - PESSOAS

180 - PESSOAS

181 - PESSOAS

182 - PESSOAS

183 - PESSOAS

184 - PESSOAS

185 - PESSOAS

186 - PESSOAS

187 - PESSOAS

188 - PESSOAS

189 - PESSOAS

190 - PESSOAS

191 - PESSOAS

192 - PESSOAS

193 - PESSOAS

194 - PESSOAS

195 - PESSOAS

196 - PESSOAS

197 - PESSOAS



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

Assinado pelo Enfermeiro
Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Roberto de Souza, Geraldo</i>	Bairro:	<i>Anaixa</i>
End:	<i>R. Maria Bonifácia S/N</i>	Documento de Identificação:	<i>35 Onas.</i>
Data de Nascimento:	<i>35 Onas.</i>	Data do Atend.:	<i>07-06-16 - Hora: 00:40</i>
Queixa:	<i>Aud. cl.</i>	Documento:	<i>COMPREV - PREVIDENCIASIA</i>
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<i>12 ABR. 2014</i>	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de COMPREV
Frequência respiratória:	<i>COMPREV - PREVIDENCIASIA</i>		
Pressão arterial:	<i>12 ABR. 2014</i>		
Dosagem de HGT:	<i>PROTOCOLO</i>		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Pálida	<i>JOÃO AG.</i>

Estratificação

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

MOD. 110

Enfermeira
Eugenio de F.C. Batista
CREF/PE 310.725

Assinatura e carimbo do profissional

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

249.579

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/06/1981

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

P1B

15 - UF

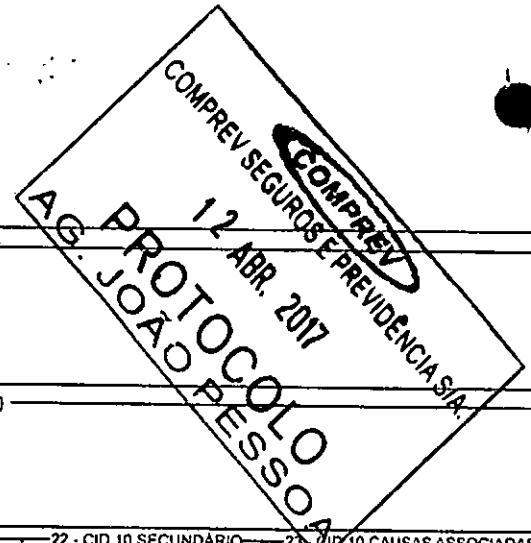
16 - CEP

Bomprez grande

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frotoes jau.



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Frotoes jau.

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Dr. Aristóteles CIRURGIA TRAUMATOLOGIA E COTOVELO

27 - DOCUMENTO

CNS

28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Aristóteles Queiroz Neto

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CIRURGIA TRAUMATOLOGIA E COTOVELO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CRM 681

CNS

Dr. Aristóteles Queiroz Neto

31 - CTO / Rua Dr. João Pessoa, 206

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tel: 3312-5566

CPF

CRM 681

TELEFONE: 3312-5566

Clínica 101 / Rua Dr. João Pessoa, 206

CEP: 58010-000

1141-7200

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADORA

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Graffiti here

Paciente Ronelide Sá

Alojamento 15

Leito 15

Convênio

Data 09/09/15

Horário 06:30

Evolução Médica

Prescrição Médica Refluxo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

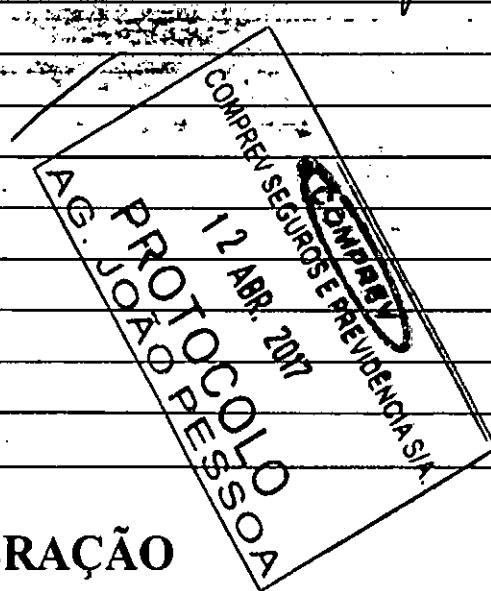
Prescrição Médica Reflexo Gástrico

Horário 06:30

Evolução Médica Refluxo Gástrico

Recebi paciente às 06:30 hs.

Nome do Paciente	Renéleide Souto Almeida			Nº Prontuário
Data da Operação	07/7/16	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Oliveira		1º Auxiliar	Dr. Hoffmann
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	Inhalatória	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura fíbula proximal			
Tipo de Operação				
Diagnóstico Pós-Operatório				
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato Sim				
Acidente Durante a Operação				



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Abordagem de mesa de fráscos M.1(0); Afilia; Afilação; Afilação;
- ② Reduzir o segmento distal da fíbula (0); inúmeras inserções ósseas (0); dissecção por planos;
- ③ Fixação com placas DCS 16 furos; 06 parafusos verticais; 01 parafuso distal; 01 sutura;
- ④ Fim da op. G.O. c/ S.F.O.S.Y.; Sutura por planos; contínuo; Não a/ interponer ossos;
- ⑤ Fim op. - af.; N° parafuso M.1.0

Dr. Eduardo Braga Moraes
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 6681



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM¹ ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENERGEMAGEM - GELOG - 10

1. NOME:	Rosieleide Santos Palma			DATA DE NASCIMENTO:	/	/	as	:	h
DADE:	35	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
SETOR:	Area Vermelha			LEITO:	15				
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Respiratory disease								
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:									

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"/>	ACESSO V. PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/>			DRENOS: DRENOTx <input type="checkbox"/>	DRENO VAC <input type="checkbox"/>	DRENO SUCÇÃO <input type="checkbox"/>		
6. DADOS VITais	PA:	T:		FR:	FC:	PESO:		
7. RISCO DE ÚLERA 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 ÚLERA:	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"/>			
9. SISTEMA NEUROLÓGICO:	COMASTOSO <input type="checkbox"/>	SEDADO <input type="checkbox"/>	TOEPOROSO <input type="checkbox"/>	LETARGICO <input type="checkbox"/>	DESORIENTADO <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	
10. 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"/>			
10.1 SISTEMA RESPIRATÓRIO:	VENT ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/>	DISPÉICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADPNÉICO <input type="checkbox"/>	VENT. MECAN. INV. <input type="checkbox"/>		
11. AUSCULTA:	RONCO <input type="checkbox"/>	SIBILOS <input type="checkbox"/>	ESTERTORES <input type="checkbox"/>			NORMAL <input type="checkbox"/>		
11.1 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"/>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	Somobilizacão
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	pele ranipla
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> ENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:	
<input type="checkbox"/>	CD/FR:	

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
CF: FATOR RELACIONADO

FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

ASSINATURAS

<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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - 5634

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

06 / 03 / 02

Masc. [1] Fem. [3]

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

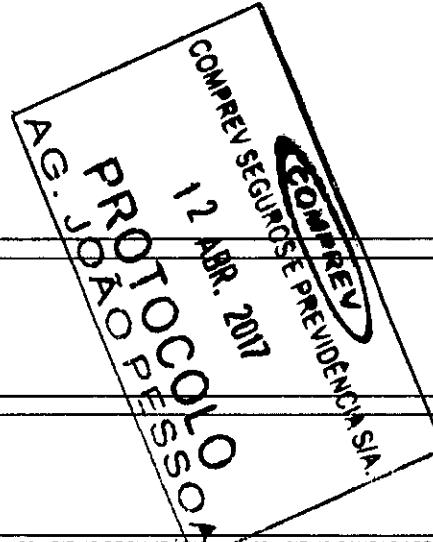
Centro

PB

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frotae ferre



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

not urgency

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Frotae ferre

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Frotae ferre

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Aristóteles Queiroz

ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA OMBRO E COLO

CRM 6817 TEC 12637

Cirurgia CTO / Rua Dr Chateaubriand, 206

Chambr. Tel. 3412-2566

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA OMBRO E COLO

CRM 6817 TEC 12637

Cirurgia CTO / Rua Dr Chateaubriand, 206

Chambr. Tel. 3412-2566

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° 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		9
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		2
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		8
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		8
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 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

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

PRÉSCRITO

EVOLUÇÃO

07/06/16

07/06/16
13:30

PACIENTE Q. VITIMA

ESTADUA
PROFESSOR

ESTADUA
PROFESSOR

GUASONI, LSPM. 13067

COMPREV

SEGURO DE
PREVIDENCIAS

Dr. Francisco
CIRURGICO
M&O FACIAL

CONSELHO
CENSUS: M

12 ABR. 2017

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

Dr. Francisco
CIRURGICO
M&O FACIAL

CONSELHO
CENSUS

Guasoni, LSPM. 13067
PROFESSOR

Guasoni, LSPM. 13067
PROFESSOR

Guasoni, LSPM. 13067
PROFESSOR

DIAGNÓSTICO

ESTUARIES AND COASTAL WATERS

Paciente	Roseli de Souza		
Alojamento:	<input checked="" type="checkbox"/>	Leito	<input checked="" type="checkbox"/>
		Convento	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/07	1. Dieta líquida		
	2. SRL 1500ml EV/24h		
	3. Dipirona 02ML+AD EV 06/06h		
	4. Metild 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Paracetamol 500mg + 100ml SC 0,9% 6h R/BN SM/		
	7. Cetamina 100mg SC 0,9% 6h R/BN SM/		
	8. Flumazenil 0,1mg SC 0,9% 6h R/BN SM/		
	9. SSMV + CRGG		
	10. Nitroprussiato sódico 1000mg SC 0,9% 6h R/BN SM/		
	11. Nitroglicerina 300mcg SC 0,9% 6h R/BN SM/		
	12. ABR. 2017		
	COMPROV. SEGUROSE PREMEDICASAN		
	CD: VPA		
	PROTÓCOLO PESSOA		
	JOÃO FALCÃO		
	Wagner Falcão		
	OPEDIA/CRM/SC/3		
	AG		

Wagner Falco
MANUFACTURERS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
Fx Subtraumático Difuso
de Fimbra D

Paciente **Ronielle Souza**

Alojamento: 9 Leito 2 Convênio

Data Prescrição Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/07/16	1. Dieta <u>Liquida</u>	08:00	08:00
	2. SRL 1500ml EV/24h <u>3x400</u> - <u>Água</u>	08:00	08:00
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h <u>(V0)</u>	08:00	08:00
	4. Tratil 20mg + AD EV 12/12h <u>(V0)</u>	08:00	08:00
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum <u>(V0)</u>	08:00	08:00
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h <u>(SN)</u>	08:00	08:00
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h <u>(SN)</u>	08:00	08:00
	8. Clexane 40mg SC/dia <u>(V0)</u>	08:00	08:00
	9. SSW + CCGG <u>(V0)</u>	08:00	08:00

Hallisson Ribeiro de Almeida
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Ribeiro de Almeida
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

COMPREV
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA
SAÚDE

12 ABR. 2017

PROTÓCOLO
PROTÓCOLO PESSO
AG. JOÃO PESSO

16-10-10

2

$$0.8 \times 0.65 = 0.52$$

四
九

Pacientes concretos
orientados a colaboración
y a cumplir con las órdenes
de su médico

Suspendo normas que
los ciudadanos de enfermería

Paiente conservante
presentando colobraria
rem guixos medicos
em negue aos anelos
de enfermagem 

Pa-130x80
P-43
Sat 9/10
%

die entfernung
wer

COMPRAÉV SÉGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
12 ABR. 2017

COMPÊTENCIA E PREVIDÊNCIA S/A

98435-4441 SUS +

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

CARTÃO DE RETORNO

Rosicleide Santos

PACIENTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: 10/04/2007 FICHA: _____

Nº PRONTUÁRIO: 12345678901234567890

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: _____

MÉDICO (CARIMBO): Ecláudio

MOD. 120

AG. JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO

12 ABR. 2007

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

GOVERNO



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

ESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Caron PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°. 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 07/06 A 16/07/16 NECESSITANDO DE
90 (Noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

AUTORIZAÇÃO

_____ autorizo o
a registrar o diagnóstico

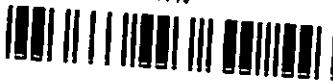
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 860

COMPREV
SEGURROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3310-5850 Telefone do Hospital do Trauma

DOCUMENTO 7



digito verificador: 00
as 11:44:04 do dia 16/12/2016 (hora e data de Brasília)
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante emitido pela
www.receita.fazenda.gov.br
A autenticidade desse comprovante deve ser comprovada na internet, no endereço
97CB.1F45.0451.7419
CÓDIGO DE CONTROLE

VALDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

19/12/1976
Nascimento

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Nome

016.381.684-07
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

RECEITA FEDERAL
Gabinete de Processos Fiscais

MINISTÉRIO DA FAZENDA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NAO ALFABETIZADO



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETAIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA
L-234

ASSINATURA DO INVESTIGADOR

CARTERA DE IDENTIDADE

DATA DE EXPEDIÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2016

NAME

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1976

NAME

CAMPINA GRANDE-PB

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTIFICA

GRANDE-PB

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO 3.655.417 - 2º VIA

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. ORG. MSC. N. 86013 FLS. 60V LIV. A75.

CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA 016.593.744-05



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

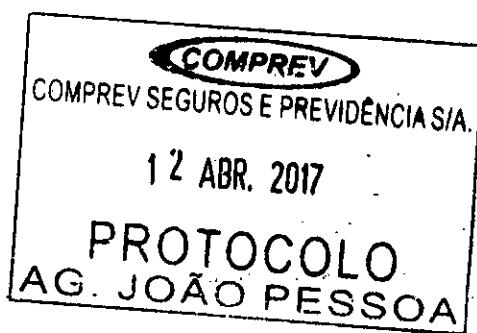
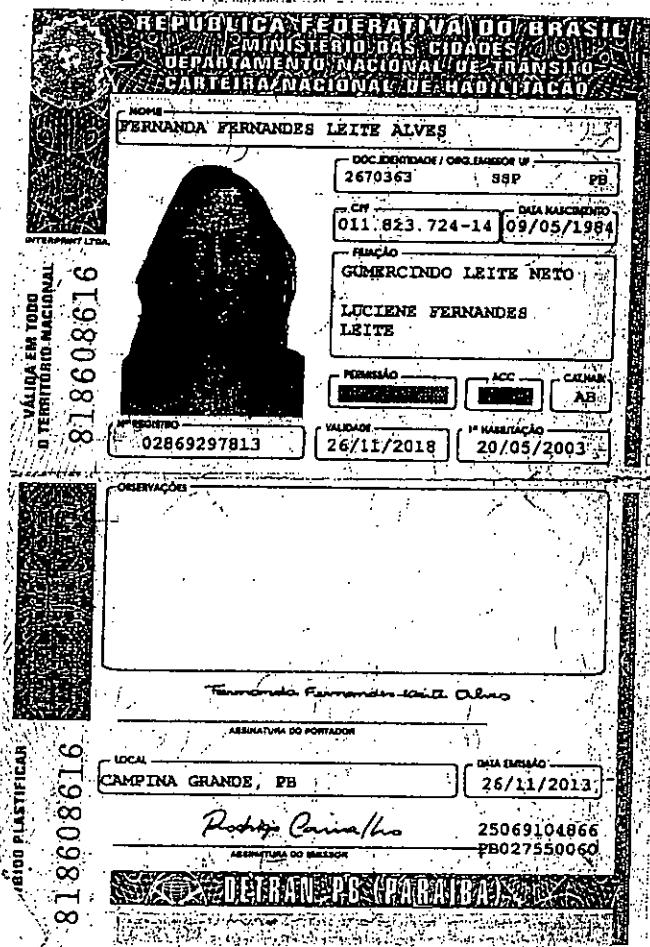
Secretaria da Receita Federal do Brasil

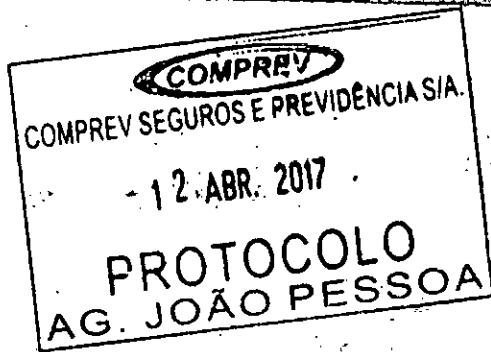
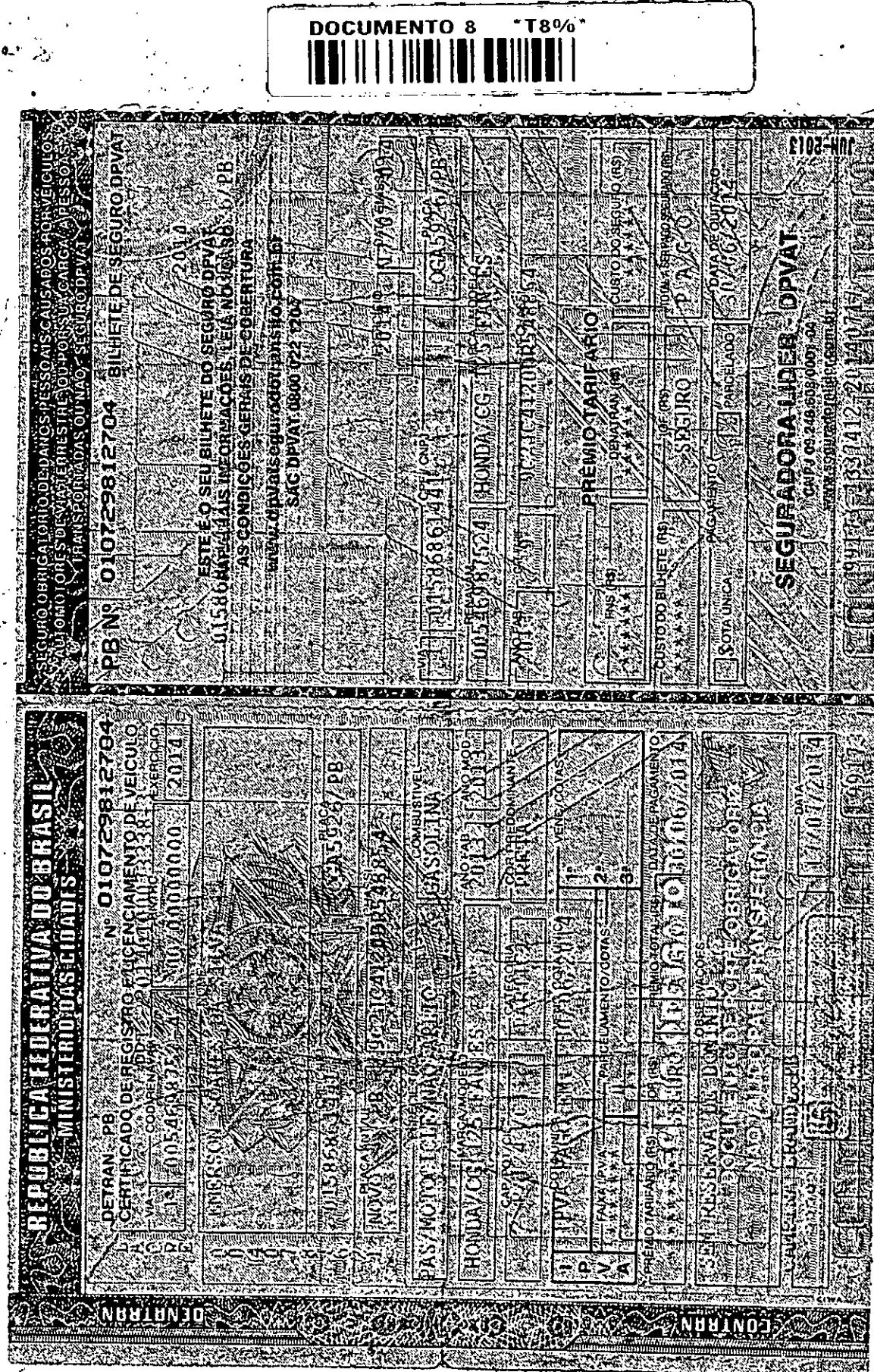
as 19:29:45 do dia 23/10/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



DOCUMENTO 3 *T3%





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146234/17

Vítima: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL
CPF: 016.381.684-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 06/06/2016

Titular do CPF: ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES : 011.823.724-14

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RENATO SOUTO CABRAL : 016.593.744-05

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL : 016.381.684-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por invalidez permanente é 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

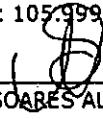
Data: 12/04/2017

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 FÉMUR DIREITO.

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

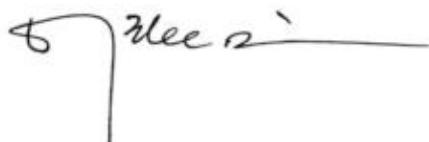
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

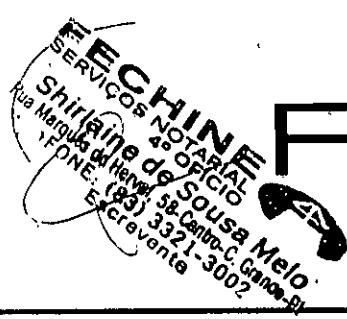
Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





FECHINE

SERVIÇO NOTARIAL
4º OFÍCIO



ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS
TABELIÃO

SARAH DA SILVA FECHINE
TABELIÃO

CARTÓRIO DO 2º 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

230317

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Tabelião

LIVRO: 0470

FOLHA: 176

SELO DIGITAL: AFWD02510-748X

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

PROCURAÇÃO

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^avia-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 Notariais, Registras, 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, desentranhar 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.



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, recambiá 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 judicia", 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 FARFEN - 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 seita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. Leonardo 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 Florípedes 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, Shirlaine de Sousa Melo (_____), Escrevente Autorizada, lavrei, rubriqui 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 Fórum - Serviço Notarial, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) ROZICLEIDE SOUTO CABRAL.

Stimlaire de Souza
STIMLAINE DE SOUSA MELO

ESCREVENTE -

COMPREHENSIVE

SEGURÓS E PREVID

12 ABR, 2012

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FECHINE
SERVIÇOS NOTARÍOS
e OFÍCIO
Shirlaine de SOUSA Melo
Fone: (183) 3321-3002
Rua Nossa Senhora do Carmo, 54 - Centro - Gravatá - PI



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Rogicleide Souto Cabral
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: do lar
 Identidade: 3655 417 CPF: 016 381 684-07
 Endereço: Rua Zena Brasileira, N° 23, Anaraí, P.Grande, PB

PROCURADOR:

Nome: Fernanda Fernandes Soáte Alves
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 2670363 CPF: 011 823 724-14
 Endereço: Rua José Lilton Uchôa, 150, Itanancé
Campina Grande, Paraíba
fone: (83) 9 9997-5596 / (83) 9 8790-8234

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-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, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quentinho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticareñfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

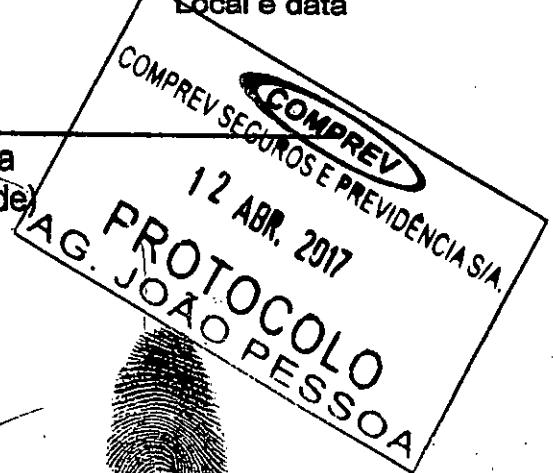


C. grande, 24/02/2017

Local e data

Ronaldo Souto Cabral

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



ANTAS

58100-020

Centro

Pará

CEP

**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 FÉMUR 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. 310 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

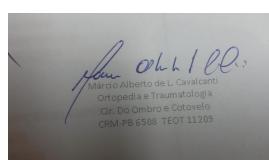
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 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