

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180196711

Vitima: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180196711**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12765575



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro: 3180196711

Vítima: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180196711** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180196711

Vitima: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180196711**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 084.300.624-24
 CPF da Vítima: 084.300.624-24
 Nome completo da vítima: Guana Rodrigues da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Guana Rodrigues da Silva		CPF titular da conta: 084.300.624-24	Profissão: Recebe-se
Endereço: Rua Manoel Antonio Teodoro		Número: 72	Complemento:
Bairro: Funcionários	Cidade: São Paulo	Estado: PB	CEP: 58079-220
Email: cc.f.edes@gmail.com		Telefone (DDD): 83-98849-5530	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)								
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) Operação - 013								
AGÊNCIA NRO: 4823 <small>(Informar dígito se existir)</small>	DIV 	CONTA NRO: 00014424 <small>(Informar dígito se existir)</small>	DIV 1	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: 				AGÊNCIA NRO: <small>(Informar dígito se existir)</small>



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Paulo, 30 de Abril de 2018
Local e Data

Guana Rodrigues da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 6106 4470

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

LUANA RODRIGUES DA SILVA

4823 013 00011124-1

elo

COMPREV PREVIDENCIA S/A

30/07/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 28 /2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO E A REQUERIMENTO VERBAL DE PESSOA INTERESSADA QUE REVENDO EM CARTÓRIO O REGISTRO DAS OCORRÊNCIAS POLICIAIS CUJO TEOR PASSO A TRANSCREVER NA ÍNTEGRA, SOB A RESPONSABILIDADE DA AUTORIDADE POLICIAL, O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: LUANA RODRIGUES DA SILVA, ESTADO CIVIL: SOLTEIRA, NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB, PROFISSÃO: ESTAGIÁRIA, DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1989, IDADE: 28 ANOS, RG: 3.184.783 SSDS/PB, CPF: 084.300.624-24, FILIAÇÃO: LUIZ JOSÉ DA SILVA E CENILDA RODRIGUES DA SILVA, ENDEREÇO: RUA MANOEL ARAÚJO TORQUATO, Nº 72, FUNCIONÁRIOS, JOÃO PESSOA-PB, TELEFONE: 83-99802-1181, GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR COMPLETO, DIA DO OCORRIDO: 10/12/2017, LOCAL DO FATO: BR 230, JOÃO PESSOA-PB



HISTÓRICO: LUANA RODRIGUES DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 10/12/2017 QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA NPR-0252/PB, COR PRETA, ANO/MODELO 2011/2012, CHASSI Nº 9C2JC4829CR280201 DE SUA PROPRIEDADE, PELA BR 230, NAS PROXIMIDADES DA CONCESSIONÁRIA DE VEÍCULOS BRAZMOTORS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, O VEÍCULO QUE TRAFEGAVA A SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE, VINDO A MESMA A COLIDIR CONTRA A SUA TRASEIRA, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E CAIU SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 10:58H E SIDO DIAGNOSTICADA COM TCE LEVE + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS CID 10 S00.9 + T07, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM: 1741/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Luana Rodrigues da Silva

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Cabedelo-PB, 13 de abril de 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Luana Rodrigues da Silva

CPF da Vítima

084.300.624-24

Data do Acidente

10/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

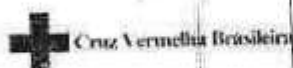
João Pessoa, 30 de Abril de 2018

Local e Data

Luana Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDFO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1047490



Identificação do paciente			
ID 1239070	Nome LUANA RODRIGUES DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 15/12/1989	Idade 27 anos 11 meses 25 dias	Estado civil	Religião
Mãe CENILDA RODRIGUES DA SILVA		Pai LUIZ JOSE DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) CENILDA RODRIGUES - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986233274	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3184783	Nº Cns 163938322750001	
Local de procedência BR 101		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58079220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MANOEL ARAÚJO TORQUATO
Número 72	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS
Admissão			
Data e Hora 10/12/2017 10:58:19	Número da pulseira 1000006297014	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X[]	Sangue[]	Urina[]	TC[]
			Liquor[]
			ECG[]
			Ultrassonografia[]
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 02min 35seg

Imprimir





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

993662

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUIZ JOSE DASILVA
RUA MANOEL ARAUJO TORQUATO, 72 - FUNCIONARIOS JOAO
PESSOA PB 58079- 220

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
0001 076 470 0253 0000		0000	I	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V-15N-407690	09/10/2015	JARDIM	ENTRADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (LIT) FUMIL LIT PROXIMA LEITURA							
9	1	8	32	19/03/2018			
HIST. DE CONS./ANOR. LLET./QUALID. DA ÁGUA GLCPEIO 2.914/2011 MS							
JAN/2018	8	10	PARÂMETROS	ELIG	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2017	8	0	TURBIDEZ	94	294	292	
NOV/2017	8	0	CLORO	94	294	294	
OUT/2017	8	0	COL. TERMOT	0	0	0	
SET/2017	8	0	COR	7	100	98	
AGO/2017	8	0	CGL. TOTAL	94	294	294	
MEDIA(H)	8		DADOS REFERENTES A: DEZ/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 20/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:09:07

DESCRIÇÃO

ORIGEM

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 H3

36,84

ESGOTO

ACRESCIMOS/DESCONTO ANT. 11/2017

0,73

JUROS DE MORA 11/2017

0,19

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 DTS. COMISS. LIT 12 213/12

VENCIMENTO:

01/03/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,96



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÊS DO HÓSPETE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA CÉDULA APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



721130702125117340006696030101017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Abulbon Luiz de Oliveira Leal inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364/99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.300.624/24 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima João Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.300.624/24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Avenida Getúlio</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>cc.f.ochim@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3906-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

João Pessoa 30 de Abril de 2018
Local e Data

Abulbon Luiz de Oliveira Leal
Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUANA RODRIGUES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 15/12/89
NOME DA MÃE GENILDA RODRIGUES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.047.490
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 10/12/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 00.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 1 hora da manhã de hoje, apresentando episódio de cefaléia, desmaio, náuseas e vômitos, queixa-se de dor no corpo, dor e edema e limitação funcional do tornozelo D, além de diversas escoriações e abrasões. Relato de ter consumido álcool. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:


TC do crânio
RX da perna D - AP e P
RX do tornozelo D - AP e P



TRATAMENTO:

Sem alteração à TC e aos RX. Realizado atendimento, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia e da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 10/12/17
DATA DA EMISSÃO: 05/04/18


Dra. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



República Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUANA RODRIGUES DA SILVA	BAE 1047490	Data/Hora Entrada 10/12/2017 10:58:19	Data Baixa
Data de nascimento 15/12/1989	Idade 27	Sexo Feminino	CNS 163938322750001
Telefone de Contato (83) 986233274			Prontuário
Mse LUANA RODRIGUES DA SILVA			
Bairro FUNCIONÁRIOS		Município JOAO PESSOA	UF PB
Profissão ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Registro 10942/PB
		Data/Hora Prescrição 10/12/2017 11:25:37	
Nº Matrícula		Senha	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTO VS CARRO AS 1H DA MANHÃ DE HOJE. PACIENTE REFERE TER CONSUMIDO ALCOOL, ESTAVA SEM CAPACETE E APRESENTOU EPISODIO DE DESMAIO. REFERE AINDA NAUSEAS E VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR, EDEMA E LITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO DIREITO. NENHUMA LESÃO DE PIEL E DOR ABDOMINAL. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA, NAUSEAS, DOR DIFUSA PELO CORPO, MUITO DEBIDO AS DIVERSAS ESCORIAÇÕES E ABRASÕES.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)

CUIDADOS

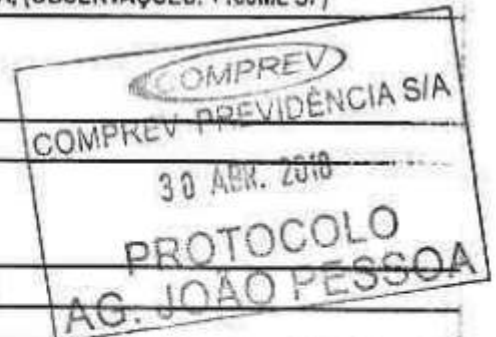
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

FRATURADA DO CRANIO

LESÃO DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

LESÃO DE PERNA DIREITA



Exame Especializado

Conduta

Em observação

LUANA RODRIGUES DA SILVA

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM 10942/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201730975162

Idade: 27 anos

Paciente: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Data: 10/12/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, antes e após a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



*Nota: Exame realizado no dia 10/12/2017
16:13 e revisado no dia 10/12/2017 16:14.*

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

ACKNOWLEDGMENTS

718-719

06789

10 de Dezembro de 2017

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE

CRM: 165842

Assinatura e Carimbo do Profissional



10/12/2017 11:25

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Plano de Saúde Médica

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Data Prescrição	
LUANA RODRIGUES DA SILVA		15/12/1991		27		FEMININO		1047490		10/12/2017 11:25:37	
Médico do Atendimento		Enfermagem									
Convênio											
SUS											

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML					
2	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
3	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: 1100ML SF	E.V.		AGORA	
4	PARECER ORTO	0.0						

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

10 de Dezembro de 2017

Assinatura do Profissional
Carimbo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nave

10 15:20 2011
13.200
min

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REQUISIÇÃO DE		IMAGEM	
Nome LUANA RODRIGUES DA SILVA			
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
15/12/1988	1047490		
Material a examinar			
EXAME DE IMAGEM			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO			
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITA)			
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA			

10 15:11
11
11

[Signature]
24601-00-0092
C. M. M. M. M.

10 de Dezembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

As informações devem ser enviadas para o e-mail: informacoes@comprev.com.br

SOLICITAÇÃO DE PROVA

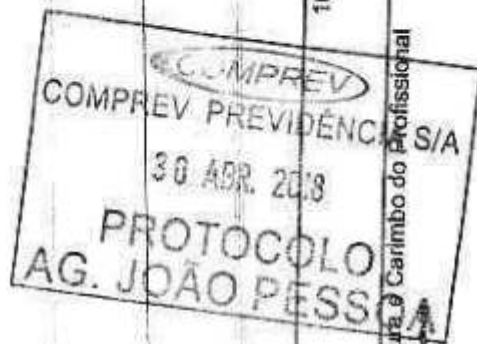
Nome: LILIANA RODRIGUES DA SILVA		Profissional	
Data de: 15/12/1989	Nº Boletim Emergência: 1047490		
Material a examinar:			

PROCEDIMENTO

BOTA TALA

Perna @ após curativo

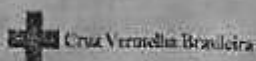
[Handwritten signature]



10 de Dezembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

[Handwritten signature]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
LUANA RODRIGUES DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
3184783

FOI ATENDIDO (A) POR GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

DO (A) HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

NO DIA 10/12/2017 14:18:35 , NECESSITANDO DE 10 - DEZ

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carrinho contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 2º DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(68010) Médico Cirurgião
CRM-RG 6800

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

COAB

COAB

OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

RG
3.148.027 - SSP/PB

CPF
007.854.364-99

DATA DE CRIAÇÃO E TÍTULO
01 07/05/2016

NÃO

PADLO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
22742

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012876514467

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0045269250-0 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

LUAN. RODRIGUES DA SILVA

08430062424 PLACA ANT / UR

NOVO PB 9C2JC4829CR280201

PAS/MOTONETA/UAO 125 ES

HONDA/BIZ 125 ES

2 8/124 /CI

1 1º

2 2º

3 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 24/01/2017

A.E ECO PANAMERICANO SA

JOAO PESSOA - PB 24/01/2017

32280 5994

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012876514467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/01/2017

VIA 1 08430062424 PLACA 9C2JC4829CR280201

RENAVAM 994526925000 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

NOFAB 2811 POT/LINHA 3 Nº CHASSI 9C2JC4829CR280201

PRÊMIO TARIFÁRIO

100 (R\$) 100 (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100 (R\$) TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$)

***** SEGURO PAGO 24/01/2017

5 COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.600/0001-04

32280-1431519-20170124

DETRAN

CONTRAN

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luciana Redouques da Silva
 DATA DO ACIDENTE 10/12/2017 C/P DA VÍTIMA 064.300.624-24

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA X REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É Luciana Redouques da Silva

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel Araújo Teófilo

Nº 72 COMPLEMENTO BAIRRO Jurema

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58079-220

E-MAIL ccf@adigital.com TELEFONE (83) 98849-5530

83 99143-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE

TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO de (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, CÔPIA DOCUMENTOS QUE CONFERMAM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Luciana Redouques da Silva

83 99143-0753

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA

DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO RECEBIDO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

☒ NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE PAGAMENTO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☒ NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE PAGAMENTO DE DESPESAS MÉDICAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE

CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

☒ LAUDO de (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE - R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAM) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA.

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 023 1704

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/04/2018

IDENTIDADE 22.742 PB/PB

ASSINATURA Adoulen

auto

RESPONSÁVEL PELO REEMBOLSO NA SEGURADORA

DATA 30/04/2018

IDENTIDADE Luciana Redouques da Silva

ASSINATURA Luciana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180196711 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUANA RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180196711 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUANA RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO LEVE (TOMOGRAFIA SEM LESÕES NEUROLÓGICAS). CONTUSÃO DO TORNOZELO DIREITO. ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE COM MOVIMENTOS PRESERVADOS DO TORNOZELO DIREITO. LÚCIDA, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS E/OU FACIAIS.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA TIPO BOTA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 16/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Luana Rodrigues da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:	<u>solteira</u>
PROFISSÃO:	<u>Estagiária</u>	Nº DO RG:	<u>3.184.783</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSDF - PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>26 / 04 / 17</u>
Nº DO CPF:	<u>084.300.624-24</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Manoel Araújo</u> <u>Traqueto, nº 72, Jundara, João Pessoa - PB, Cep 58079-220</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luana Rodrigues da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das Informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 25 de Abri, 2017
Luana Rodrigues da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



**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.

Número do Sinistro: **3180196711**

Nome do(a) Examinado(a): **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL ARAUJO TORQUATO, 72 - FUNCIONARIOS - João Pessoa - PB - CEP 58079-220

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3184783**

Data e local do acidente: [**10/12/2017**] **VIA PÚBLICA-JOÃO PESSOA-PB**

Data e local do exame: [**16/05/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRANIANO LEVE (TOMOGRAFIA SEM LESÕES NEUROLÓGICAS). CONTUSÃO DO TORNOZELO DIREITO. ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA TIPO BOTA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE COM MOVIMENTOS PRESERVADOS DO TORNOZELO DIREITO. LÚCIDA, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS E/OU FACIAIS.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

(X) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



João Fernandes de Souza
CRM - PB 0712

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB