

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11627118

A/C: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170483226 ASL-0342145/17

Vítima: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

Data Acidente: 22/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose Roberto de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.048.938 EXPEDIDO POR SS05193 EM 23/10/12 E
 CPF 038440324-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Aux. Sem. Quím.
 E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Roberto de Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 29.066-6

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



Quirino Augusto Costa 26 de junho de 2014
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.941/2009) 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.

Sem título
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/01/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0922 SAPE OPER: 013 CONTA: 29.066-6
PERIODO: 26012017 ATE: 26012017 CPF: 038.440.524-02
NOME: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA VLR.BLQ.JUD. : 0000

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	--------	-----------	------	-------	-------

SALDO EM 25/01/2017 R\$
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. TEF3C7DD
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANÇAR PAG. F12 FINALIZAR



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, João Carlos de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.048.938 EXPEDIDO POR 3506103 EM 23/10/12 E
 CPF 038440324-02 CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO Ass. Sec. Guai
 E RENDA MENSAL DE R\$ Renova NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Carlos de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 009 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 009 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 009

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 09227 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 29.066-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA Vez que a indenização é paga em nome do beneficiário, e DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0096608/17
 março 2017

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 09.09.2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COPIA

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 0800-0721204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470

Sem título

#20

AUTO ATENDIMENTO

26/01/2017

EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA

EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 0922 SAPE

OPER: 013 CONTA: 29.066-6

PERIODO: 26012017 ATE: 26012017

CPF: 038.440.524-02

NOME: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

VLR.BLQ.JUD.

DATA MOV NR.DOC HISTORICO TAXA

VALOR

SALDO

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:49

SALDO EM 25/01/2017 R\$

F1 AJUDA

F4 SALDO POR DATA LIMITE

F7 VOLTAR PAG.

TEF3C7DD

F3 RETORNAR

F6 EXTRATO ANTERIOR

F8 AVANCAR PAG.

F12 FINALIZAR

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:49

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:49

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:49

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:49



CÓPIA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00176.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00176.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:54 horas do dia 26 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Jose Carlos de Oliveira**, CPF nº 038.440.524-02, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Maria das Neves de Oliveira e Não Declarado, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 11/12/1974 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Jacques, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Engenho São Paulo, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98209-6605.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Capital Fiat, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 22/06/16 08:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

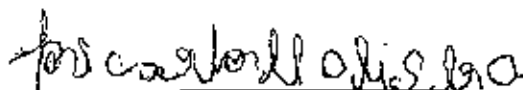
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 22/06/2016, por volta das 08:00hs, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN MIXES, de cor vermelha, ano 2009/2010, placa, NPW8810/PB, chassi: 9C2KC1620AR000746, registrada em nome de José Carlos de Oliveira, pela AV. Ruy Carneiro, Bairro Tambau, nesta capital, um veículo ultrapassou o sinal fechado e atingiu a motocicleta do notificante no lado direito tendo o mesmo perdido o controle de direção caído ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de L1, sendo Socorrido pelo, Samu e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientifico o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de janeiro de 2017.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação


JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

Notificante



DOCUMENTO 1 *T196*





1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:14:33

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00176.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência-Policial-Nº 00176.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 034 Rofa, do dia 26 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Jose Carlos de Oliveira, CPF nº 038.440.524-02, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Maria das Neves de Oliveira e Não Declarado, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 11/12/1974 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Jacques, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Engenho São Paulo, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83)-98209-6605.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Capital Fiat, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 22/06/16 08:00h. Tipificação: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 22/06/2016, por volta das 08:00hs, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN MIXES, de cor vermelha, ano 2009/2010, placa, NPW8810/PB, chassi: 9C2KC1620AR000746, registrada em nome de José Carlos de Oliveira, pela AV. Ruy Carneiro, Bairro Tambaú, nesta capital, um veículo ultrapassou o sinal fechado e atingiu a motocicleta do notificante no lado direito tendo o mesmo perdido o controle de direção caído ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de L1, sendo socorrido pelo Samu e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de janeiro de 2017.

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
Notificante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Carlos de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2048938 e inscrito no CPF sob o nº 038.440.524-02 residente e domiciliado na Sítio Juazeiro, S/N - Área Rural, Cidade Quiz do Espírito Santo Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Jose Carlos de Oliveira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Quiz do Espírito Santo Local e data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 MAR. 2017

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0096698/17
marcela lima 01/09/2017 14:15:12

ASL-0096698/17
marcela lima 01/09/2017 14:15:12

Eu, Eufrasio Carlos de Oliveira, portador da
carteira de identidade nº 2048938 e inscrito no CPF sob o nº 038.440.524-02
residente e domiciliado na rua São Joaquin, s/n - Vila Rica,
Cidade Quilombo da Cruz

Estado Pernambuco, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Eufrasio Carlos de Oliveira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

ASL-0096698/17
marcela lima 01/09/2017 14:15:12

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Local e data
09 MAR 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0096698/17
marcela lima 01/09/2017 14:15:12
CÓPIA

Atto declaratório

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

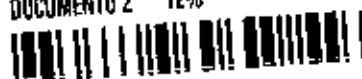
INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO 11/12/74
NOME DA MÃE MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 95.967
BOLETIM DE ENTRADA N.º 928.751
DATA DO ATENDIMENTO 22/06/16
HORA DO ATENDIMENTO 09:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE L1
CID 10 S32.0

DOCUMENTO 2 "T296"



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com relato de atropelamento, apresentando dor na transição toraco-abdominal direita e dor na coluna lombar. Glasgow 15. Evoluiu com dor lombar e desconforto abdominal. Ao exame, abdome flácido e doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. RX e TC de coluna lombossacra, mostrou fratura de corpo de vértebra L1.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdome total
RX de tórax AP
RX de coluna lombossacra PAVP
TC de coluna lombossacra.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

TRATAMENTO:

Tratamento fazendo uso contínuo de colete de Putti.

ALTA HOSPITALAR: 24/06/16
DATA DA EMISSÃO: 18/10/16

CÓMPREV

IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 MAR. 2017

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Ato declaratório

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

SL-0030892/16

SL-009000/16

LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO 11/12/74
NOME DA MÃE MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 95.967
BOLETIM DE ENTRADA N.º 928.751
DATA DO ATENDIMENTO 22/06/16
HORA DO ATENDIMENTO 09:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO(S) FRATURA DE L1
CID-10 S32.0

AVALIAÇÃO INICIAL

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com relato de atropelamento, apresentando dor na transição toraco-abdominal direita e dor na coluna lombar. Glasgow 15. Evoluiu com dor lombar e desconforto abdominal. Ao exame, abdômen flácido e doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. RX e TC de coluna lombossacra, mostrou fratura de corpo de vértebra L1.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdômen total
RX de tórax AP
RX de coluna lombossacra PA/P
TC de coluna lombossacra

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal

TRATAMENTO:

Tratamento fazendo uso contínuo de colete de Putti.

ALTA HOSPITALAR: 24/06/16
DATA DA EMISSÃO: 18/10/16

COMPREV
IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 12329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

JOÃO PESSOA

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Carlos de Oliveira,

RG nº 2.048.938, data de expedição 23/10/12,

Órgão SSDP/PA, CPF nº 038.440.524-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

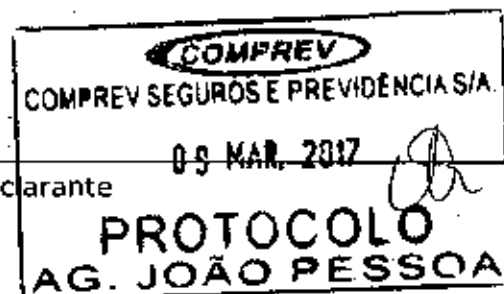
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Jacques</u>
Número	<u>510</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Quil do Espinho Santo</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>59334-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3312-6361 / 98432-6361 / 98854-1132</u>
E-mail	<u>alexandra.carauchante@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quil do Espinho Santo / 26/01/14

José Carlos de Oliveira

Assinatura do Declarante



JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
SIT JACQUES, S/N - AREA RURAL
CRUZEIRO ESPRITO SANTO/PA CEP 56337000 (AG 51)

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Plano 5 - 55 - 573 - 2430 Referência Jan/2017
Número 03061043145 Emissão 10/01/2017

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.928.153/0001-40 Ins. Est. 15415 823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 365 129
Código para Débito Automático: 09011355418

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1135541-9

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

10/01/2017

Data prevista da próxima leitura

07/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

3844052402

Jose, E

Faturas em atraso

18/12/2016	24,51
18/11/2016	25,28
18/10/2016	23,95
18/09/2016	24,99

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/12/16	5281	10/01/17	5287	1	6	28

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Custo de Disponibilidade			23,20	
PIS			0,14	
COPINS			0,59	

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	1
Nov/16	5
Out/16	6
Set/16	10
Ago/16	15
Jul/16	11
Jun/16	12
Mai/16	15
Abr/16	4
Mar/16	2
Fev/16	14
Jan/16	4

Média dos últimos meses: 8

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	24,30	1,0400	0,14
COPINS	14,00	4,2800	0,59

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

17/01/2017

R\$ 14,05

81e7e02af3159e0b84e8473579c112b7

Indicadores de Qualidade 11/2016 3eqs

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,76	0,00	0,00	35,88	
DIC TRIMESTRAL	25,32	0,00	0,00	41,82	
DIC ANUAL	51,65	0,00	0,00	2,43	
FIC MENSAL	7,87	0,00	0,00	14,07	
FIC TRIMESTRAL	15,34	0,00	0,00	5,71	
FIC ANUAL	31,88	0,00	0,00	0,00	
OMC	6,39	0,00	0,00	14,00	100,00
ODRI	16,60	0,00	0,00		

ATENÇÃO

PEMISO: Caso seja alterada a conta em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/01/2017. Como medida preventiva, a ANEEL, O consumidor deve estar atento às condições de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as condições pagas não estejam em conformidade com a ANEEL. ESTE PRAZO NÃO VÁLID PARA AS FATURAS JÁ REVISADAS, para todas as suspensões de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Leitura confirmada

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 MAR. 2017

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

VENCIMENTO A G. TOTAL A PAGAR

PAPABA

Rolândia, 5 - 55 - 573 - 2480
Matrícula: 1135541-2017-01-9

17/01/2017

R\$ 14,00

83660000000-1 14000054000-9 11355412017-1 01900550019-4



DOCUMENTO 1 "T196"



ALEXANDRA CÉSAR DIARTE
AV JOÃO MACHADO, 388 - CENTRO
JOÃO PESSOA / PB CEP 58000000 (AG. 1)

Classificação: COMERCIAL / COOPERATIVA MONOPOLÍSTICA
Roteiro 5-1-29-400 Referência: Jan / 2017
Nº medidor: 00601123518 Energia: 1001/2017

ENERGISA PARANÁ - OG 1 PARANÁ DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Costa Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58011-030
CNPJ 08.026.183/0001-40 Insc Est 16.025.823-9

Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica Nº 000.342.225
Código para Dúvida Automática: 00002204405

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/280445-8
Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

10/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

07/02/2017

CPF / CNPJ / RANI

4890275470
Insc. Est. 12.572.18

Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outros
	Data	Leitura	Data	Leitura	
	12/12/16	23215	10/01/17	23527	1
					307

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	307	0,440,0	135,15
ICMS			13,34
PIS			2,02
COFINS			9,63
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			3,88
CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			

Histórico de Consumo
(kWh)





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:20:15

RG nº 20489381, data de expedição 23/10/12

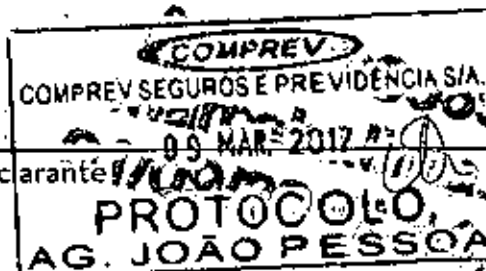
Órgão SSS/PB, CPF nº 038.440.524-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Setor Jaqueira</u>
Número	<u>510</u>
Aptº / Complemento	<u>AC</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Ouricuru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55334-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / (98) 32-6361 / 98854-0132</u>
E-mail	<u>alexandra.cruandante@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data:

Ouricuru, Pernambuco 26/01/17



CÓPIA

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:20:15

Assinatura do Declarante

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
SIT JACQUES, S/N. AREA RURAL
CRUZIL DO ESPINHO SANTO / PB CEP 56337000 (AG 51)

CHAVE/Subst. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 0720, Km 25 - Cruzil do Espinho - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
Pólvora 5-55-573-2480 Referência Jan/2017
Número do 00051040103 Emissão 10/01/2017

ENERGISA
ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 00051040103-00 Insc. Est. 15.015.023-4

Nota Fiscal de Consumo de Energia Elétrica Nº 00051040103-00
Código para o cliente Automático: 00011335419

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 25/1135541-9

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

10/01/2017

Data prevista da próxima leitura

07/02/2017

CPF/CNPJ/RAN

00051040103

Faturas em atraso

18/12/2016 14,51

18/11/2016 16,23

18/10/2016 13,62

18/09/2016 14,89

Anterior

12/12/16 5281

Atual

10/01/17 5287

Constante

14,00

Consumo

0

Outras

79

Descrição

Custo de Disponibilidade

PS 7

COTRIS

14,00

Valor (R\$)

13,30

0,14

0,56

Histórico de Consumo (kWh)

Outra

Nov16

Out16

Set16

Ago16

Jul16

Jun16

Mai16

Abr16

Mar16

Fev16

Jan16

Med. dos últimos meses

17/01/2017

RS 14,00

81e7e02a13159e0b84e8473579e112b7

Indicadores de Qualidade de Energia

Limites da ANEEL

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
KMS	0,00	0,00	0,00
PS	14,00	1,0000	0,14
COTRIS	14,00	4,7804	0,67

VENCIMENTO

17/01/2017

RS 14,00

TOTAL A PAGAR

RS 14,00

81e7e02a13159e0b84e8473579e112b7

Indicadores de Qualidade de Energia

Limites da ANEEL

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

Limite de Tensão

Atendido

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/01/2017. O fornecimento será retomado após o pagamento em tempo. Este aviso não se aplica a posses de unidades de consumo com contrato de energia assinado com a ENERGISA PARÁ. Este aviso não vale para as faturas de energia de emergência. O fornecimento poderá ser retomado após o pagamento em tempo. Fatura suspensa e encerrada em função de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

COMPREV

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 MAR 2017

PROTOKOLO

017

017

017

017

017

017

017

017

017

017

017

017

017

PAPABA

Pólvora 5-55-573-2480

Mobiliz. 1135541-2017-01-9

VENCIMENTO

17/01/2017

RS 14,00

TOTAL A PAGAR

RS 14,00

83660000000-1 14000054000-9 11355412017-1 01900550019-4

017092017 14:20:15

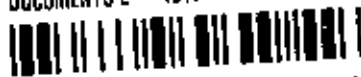
017092017 14:20:15

017092017 14:20:15

017092017 14:20:15

017092017 14:20:15

017092017 14:20:15



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 ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose Carlos de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Jose Carlos de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

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

A Circular (SUSEP) 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 seguros, previdência privada, abertura, 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 ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do

RG nº 2627718, expedido por A - SSP/PB em
08/11/06, CPF/CNPJ nº 046502754-74

na qualidade de Procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Pessoa
do sinistro de DPVAT da natureza Acidente de trânsito
da vítima João Pessoa de Oliveira conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

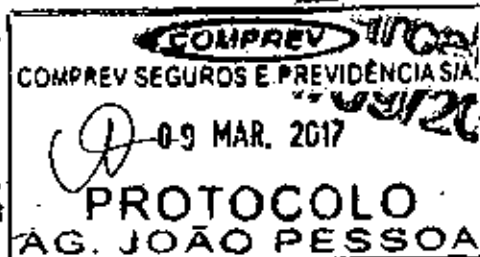
Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

CÓPIA

ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:04



ASL-0098698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:04



DECLARAÇÃO

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

A Circular (SUSEP) 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 seguros, previdência privada, abertura, 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 ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do

RG nº 2627718, expedido por A - SSP/PB em

08/11/06, CPF/CNPJ nº 046502754-74

na qualidade de Procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

do sinistro de DPVAT da natureza

da vítima conforme

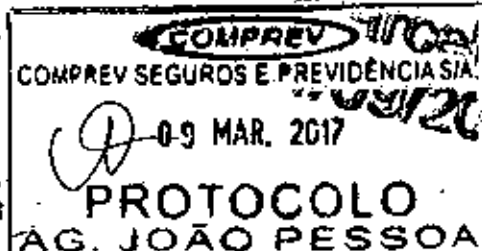
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

CÓPIA



DOCUMENTO 4 "T4"



*nao fu
livel*

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, SA - CNES: 122312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 528751



Rx, USG

Identificação do paciente				Sexo Masculino
ID 684219	Nome JOSE CARLOS DE OLIVEIRA	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Data de nascimento 14/12/1974	Idade 41 anos 5 meses 11 dias	Pai NAO DECLARADO		
Mãe MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA	Responsável (Parentesco) FLAVIANO SOARES - ACOMPANHANTE			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DDO Fixo 83	Fone Fixo 998069788		
DDO Móvel 83	Fone Móvel 81021392	Nº Cns 898002382120969		
Tipo documento CPF	Número documento 63844052402	Tipo SAIRRO	UF PB	
Local de procedência AV RUI CARNEIRO	CBO/R			
E-mail	Naturalidade ISAPE			
Endereço				
CEP 68337000	Município de residência CRUZ DO ESPIRITO SANTO	UF PB	Logradouro JACQUES	
Número SN	Complemento	Beiró ZONA RURAL		
Admissão				
Data e hora 22/06/2016 09:32:17	Número da pulseira 1000004674848	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGENCIA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO			
Indicadores e Transporte				
Caso policial NÃO	Piano de saúde Não	Viola de ambulância Sim	Trauma Sim	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou			

Sinais Vitais
PA 140 x 70 mmHg Pulso 90 Temperature 36.2 100

Exames complementares
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG []
Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
09 MAR. 2017
PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA

TOMOGRÁFIA
ABDOMINE + COL. LOMBAR
22.06.16
CD
Tempo 02min 12seg

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA



Primeiro Atendimento Médico



1000004874848 BE: 920751
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
DT. NASC.: 11/12/1974
MAB: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

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

B. END.: JACQUES
N. 5/A - ZONA RURAL
CRUZ DO ESPIRITO SANTO
FONE: (01) 980669700
CELULAR: (01) 91021362
IDRDE: 41
DT. ENTREGA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Presente vítima de atropelamento
apresentando dor na transição
torço-abdominal D e dor
na coluna lombar

ME PRIMÁRIO VIAS AÉREAS CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA ☐ APNEIA AUSCULTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente 2- RUIDOS HTD: ☐ Sim ☐ Não HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores FR: _____ imp SaO ₂ _____ %	CIRCULAÇÃO COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Pletórica ☐ Ictérica TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente AUSCULTA CARDÍACA RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Ausente SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C ECG: _____ ABDOMEN:
---	--

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	3	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	2	Retira o Membro	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	1	Flexão anormal (decorticação)	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	0	Extensão Anormal (decerebração)	3
		Nenhuma / Nenhuma	0	Nenhuma	2
					1
TOTAL:					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

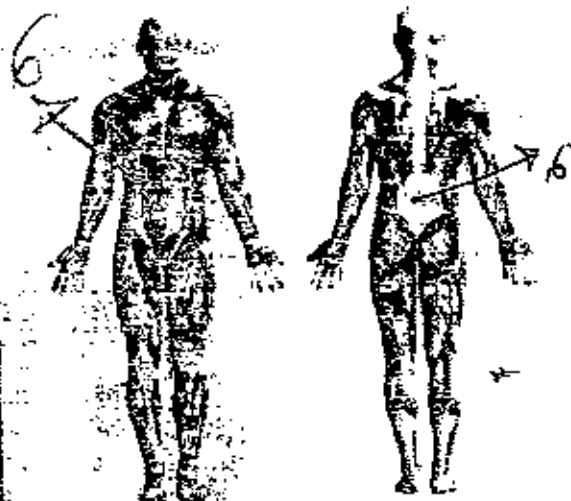
09 MAR. 2017

PROTÓCOLO
AC JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO

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

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



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

Obs.:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
Atendimento inicial		
Tome 100mg + S.F. 50		
Tetragaceo 250 1 exemplo		
Tome 100mg de 100 (IV) X1		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de:

Solicito parecer de:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA

DA

SAÍDA

HORAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 MAR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

às 9:40 do dia 22/08/2016

às _____ do dia _____
☐ Centro ☐ Internado (setor) ☐ Alta Hospitalar ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.
☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

BE: 928751

DATA: 24/06/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA *Atenção*
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H *1º () 2º () 3º () 4º ()*
3. ANTAK 1CP VO 8/8H *16 24 08*
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H *16 22 04 10*
5. TILATIL 20MG EV 12/12H *16 04*
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N - S/N
7. COLETE DE PUTTI (TORACO-LOMBAR)
8. PA 8/8H ANOTAR.
9. CABECHEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
10. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA
11. PSICOLOGIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA L1

ESTÁ EM USO REGULAR DE COLETE DE PUTTI

ECG 15. SEM DEFICIT MOTOR

CD: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

ACTA DA NER HOJE À TRAZER APT
CONTATO COM FAMILIARES

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia e Neurofisiologia
Intervencionista
CRM-PB 83448



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

BE: 928751

DATA: 23/06/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

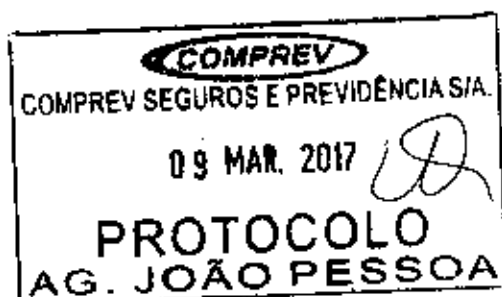
1. DIETA BRANDA
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H
3. ANTAK 1CP VO 8/8H
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H
5. TILATIL 20MG EV 12/12H
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
7. COLETE DE PULL TORACO-LOMBAR
8. PA 8/8H ANOTAR
9. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
10. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA
11. PSICOLOGIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA L1

ECG 15. SEM DEFICIT MOTOR

AGUARDA COLETE

CD: SUPOTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.



Dr. THOMAS BATISTA
NEUROCIRURGIA
349 - 5241

02/03/2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

B.E./PRONTUÁRIO

DATA:

NOME DO PACIENTE:

JOSE CAELOS DE OLIVEIRA

SETOR:

Uter

ENFERMEIRA

ARMAZENAMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

LEITO:

09 MAR 2017

QUANTIDADE

OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTO/DOSE/DOSE

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ARMAZENAMENTO

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

1) Duka oral 100mg

(10) 24h

1

2) Sildenafil 100mg (10) 12/12h (30min oral)

1/2

1/2

3) Tadalafil 20mg (10) 6/6h

1/2

1/2

4) Dapoxetine 30mg (10) 8/8h (30min)

1/2

1/2

5) Tadalafil 20mg (10) 1x/dia

1/2

1/2

6) Empiridon 8mg (10) 8/8h (30min)

1/2

1/2

7) Duka oral 100mg

(10) 24h

1

8) Sildenafil 100mg (10) 12/12h (30min)

1/2

1/2

9) Duka oral 100mg

(10) 24h

1

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

RECIBO

Barbara Morris
Escalante
Escalante 3-



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

PACIENTE: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
BE: 928751

DATA: 22/6/2016 10:25:45

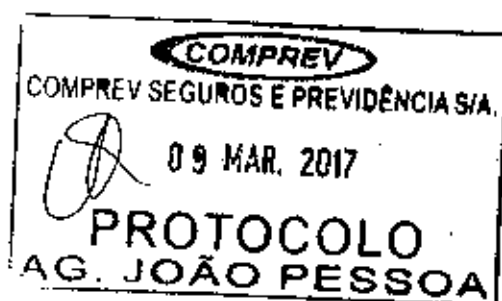
ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL - FAST

Fígado, baço, rins e pâncreas sem sinais de lesões traumáticas ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga em média repleção, de paredes regulares e conteúdo anecóide.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

OBS.: - Exame realizado em condições de urgência/emergência.
- Conveniente correlação clínico-laboratorial.



Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM-PB 5710

OBS.: A interpretação do resultado deste exame e a conclusão diagnóstica são atos médicos, e dependem da análise conjunta dos dados clínicos e dos exames do paciente.



1001 11 1 1001 11 1001 11 1001 11

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, SA - CNES: 123312 - Tel: 0711-3333-3333

Boletim de Atendimento: 525751

Identificação do paciente		Nome		Estado civil		Religião		Sexo	
684219		JOSE CARLOS DE OLIVEIRA		CASADO(A)		CATOLICA		Masculino	
Data de nascimento		Idade		Data de admissão		Pai		Prontuário	
15/12/1974		41 anos 6 meses 11 dias				NAO DECLARADO		525751	
Nome		Responsável (Parentesco)		Tipo de atendimento		Forma de pagamento		Data de alta	
MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA		FLAVIANO SOARES - ACOMPANHANTE		FUNDAMENTAL INCOMPLETO		ODD Fixo		15/03/2016	
Especialidade		Forma de pagamento		Forma de pagamento		Forma de pagamento		Forma de pagamento	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Forma de pagamento		Forma de pagamento		Forma de pagamento		Forma de pagamento	
COD Móvel		Número documento		Número documento		Número documento		Número documento	
93		81021392		81021392		81021392		81021392	
Tipo documento		Número documento		Número documento		Número documento		Número documento	
CPF		83344052402		83344052402		83344052402		83344052402	
Local de procedência		Tipo		Tipo		Tipo		Tipo	
AV RUI CARNEIRO		BAIRRO		BAIRRO		BAIRRO		BAIRRO	
Etnia		Naturalidade		Naturalidade		Naturalidade		Naturalidade	
SAPE		SAPE		SAPE		SAPE		SAPE	
Endereço		Município de residência		Município de residência		Município de residência		Município de residência	
CEP		CRUZ DO ESPIRITO SANTO		CRUZ DO ESPIRITO SANTO		CRUZ DO ESPIRITO SANTO		CRUZ DO ESPIRITO SANTO	
58337000		Complemento		Complemento		Complemento		Complemento	
Número		Logradouro		Logradouro		Logradouro		Logradouro	
58337000		JACQUES		JACQUES		JACQUES		JACQUES	
Admissão		Convênio		Convênio		Convênio		Convênio	
22/06/2016 09:32:17		SUS		SUS		SUS		SUS	
Número do paciente		Origem do paciente		Origem do paciente		Origem do paciente		Origem do paciente	
1000004674848		RUA		RUA		RUA		RUA	
Especialidade		Data de entrada		Data de entrada		Data de entrada		Data de entrada	
CLINICA GERAL		15/03/2016		15/03/2016		15/03/2016		15/03/2016	
Classificação da lesão		Método de atendimento		Método de atendimento		Método de atendimento		Método de atendimento	
URGENCIA		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
Indicadores e Transporte		Veto de ambulância		Veto de ambulância		Veto de ambulância		Veto de ambulância	
Caso potencial		Sim		Sim		Sim		Sim	
Não		Quem transportou		Quem transportou		Quem transportou		Quem transportou	
Método de transporte		Método de transporte		Método de transporte		Método de transporte		Método de transporte	
SAMU		SAMU		SAMU		SAMU		SAMU	
Sinais Vitais		Temperatura		Temperatura		Temperatura		Temperatura	
PA		36,2		36,2		36,2		36,2	
140		100		100		100		100	
Exames complementares		Exames complementares		Exames complementares		Exames complementares		Exames complementares	
Rato X		Rato X		Rato X		Rato X		Rato X	
Sangue		Sangue		Sangue		Sangue		Sangue	
Urina		Urina		Urina		Urina		Urina	
TC		TC		TC		TC		TC	
Liquor		Liquor		Liquor		Liquor		Liquor	
ECG		ECG		ECG		ECG		ECG	
Dados clínicos		Dados clínicos		Dados clínicos		Dados clínicos		Dados clínicos	
A		A		A		A		A	
3L-0098698/1		3L-0098698/1		3L-0098698/1		3L-0098698/1		3L-0098698/1	
Data de alta		Data de alta		Data de alta		Data de alta		Data de alta	
01/03		01/03		01/03		01/03		01/03	
Atendido por		Atendido por		Atendido por		Atendido por		Atendido por	
ANNE WIESKA PEREIRA LIMA		ANNE WIESKA PEREIRA LIMA		ANNE WIESKA PEREIRA LIMA		ANNE WIESKA PEREIRA LIMA		ANNE WIESKA PEREIRA LIMA	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09-MAR-2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

14:10:14

15:28

22/06/2016



Primeiro Atendimento Médico

1000004874048
JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
DT. NASC.: 11/12/1974
MBA: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: **Marcela**

IDADE: **17**

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de atropelamento
apresentando dor na transição
torso-abdominal e dor
na coluna lombar

ME PRIMÁRIO

VIAS: ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO: ☒ Sim ☐ Não
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☐ Sim ☒ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade ☒ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR:
HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
2- RUÍDOS:
HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
FR: ☐ Imp ☐ SaO₂: ☐ %

CIRCULAÇÃO
COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente
AUSCULTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: ☐ bpm PA: ☐ X crimHg T: ☐ °C
ECG: ☐

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença: ☐ mm)
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	5	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	4	Confuso / Chora, mas compreensível	4	Retira o Membro	4
Ao contínuo estímulo	3	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Flexão anormal (decorticação)	3
Nenhuma	2	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Extensão Anormal (decerebração)	2
	1	Nenhuma / Nenhuma	1	Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Erisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante

19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Nervoso
23. Laceração
24. Lesão Tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entravado
29. Otorrágia
30. Parafisia
31. Paresia
32. Paréstesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS:

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de:

Solicito parecer de:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

HORAS:

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
☐ Centro
☐ Internado (setor)
☐ Alta (hospitalar)
☐ Obito
☐ Até 48 hs.
☐ Após 48 hs.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA

BE: 928751

DATA: 24/06/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H
3. ANTAK 1CP VO 8/8H
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H
5. TILATIL 30MG EV 12/12H
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
7. COLETE DE PUTTI (TORACO-LOMBAR)
8. PA 8/8H ANOTAR.
9. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
10. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA
11. PSICOLOGIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA LI

ESTÁ SEM USO REGULAR DE COLETE DE PUTTI. SEM DEFICIT MOTOR

CD: SUPOTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

ACTA DA NER HOJE À MANHÃ APÓS

CONTATO COM A FAMILIA

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurofisiologia
Intervencionista
CRM-PS 8348

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 MAR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

BE: 928751

DATA: 23/06/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H
3. ANTAK ICP VO 8/8H
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H
5. TILATIL 20MG EV 12/12H
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
7. COLETE DE PUTTI TORACO LOMBAR
8. PA 8/8H ANOTAR
9. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRADUS
10. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

11. PSICOLOGIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA LI

ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR

AGUARDA COLETE

CD: SUPOTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 MAR. 2017

PROTOCOLO S
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



196692/17
lima.011
14:15:29

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CÓPIA

Abstract

B.E.I PRONTUARIO

DALIA:

9/17
time 7.0
14:15:21

COMPARE

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Do Not Write

PROTOCOL
PERSONA

OBSERVAGAO

ENT-ENR-1

ARMAZENAMENTO

2005 DE 2005

SETOR:

POBODUJTE SVOJE
MEDICAMENTUM

① 100 mm (10) 2341

② 51091-1900 (over)

3 + 1/2 = 3.5

④ 11/10/2017 (21 Nov) : 5.0 81845 (31 Oct)

6. 2. 7. 18/2/2020

[illegible]

Wm A. Vining Oct 6 1871

Q. Did you see the man who was shot?

15/11/2012 14:11:11

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

17(NC-), A PC, 1111

SL
NGE
120

10.

[illegible]



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

100000474048 BE: 928751

BE/PRONT

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
01/03/1974
MRS. MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA
END.: JACQUES
M. 3/A - ZONA RURAL
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO
POKEL (02) 80063700
CELULAR (02) 01031332
TODOS: 41
07/03/2017

Nome do paciente

Dr. Carlos Oliveira

2017

U111

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		#C. geral#
22/06/16	20:30H	Paciente segue com queixa de dor lombar e desconforto ao caminhar. Mal-estar geral. Em uso de analgésicos. Abdominal doloroso a palpação profunda em H.D. N.m. R.R. satisfatório. Pulsação normal. Vítimas - 1. Em contato com neurologista. Encaminhada para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame
20/06/16	20:30H	Paciente em contato com neurologista. Encaminhado para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame
20/06/16	20:30H	Paciente em contato com neurologista. Encaminhado para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 MAR. 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

R2 c. geral
+ exame

09 MAR. 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

encaminhado para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame

encaminhado para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame

encaminhado para radioterapia de coluna lombar. Tratado com analgésicos. Prescrito: 2. Paracetamol 1000 mg Ql Am + No. Ev. 3. S.R. 500 mg. 4. R2 c. geral + exame

ASL-000

ASL-0096698/17

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

PACIENTE: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
BE: 928751

DATA: 22/6/2016 10:25:45

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL - FAST

Fígado, baço, rins e pâncreas sem sinais de lesões traumáticas ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga em média repleção, de paredes regulares e conteúdo anecóide.

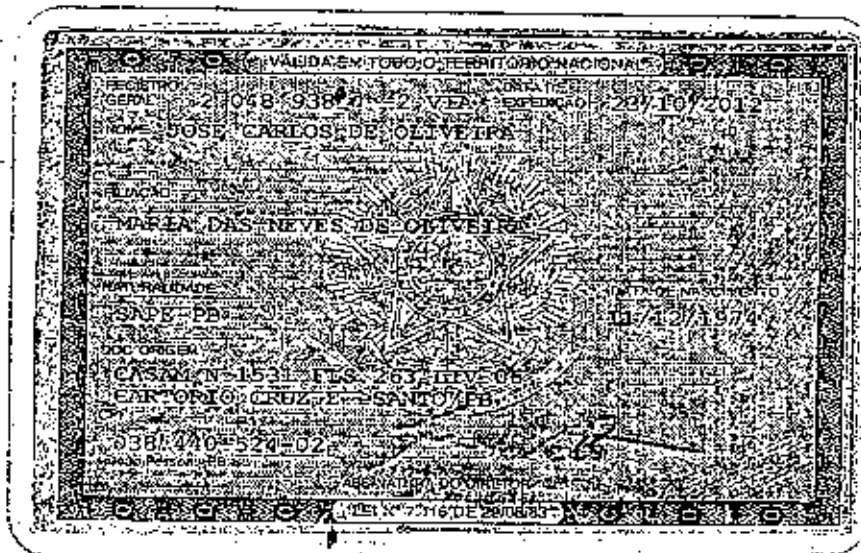
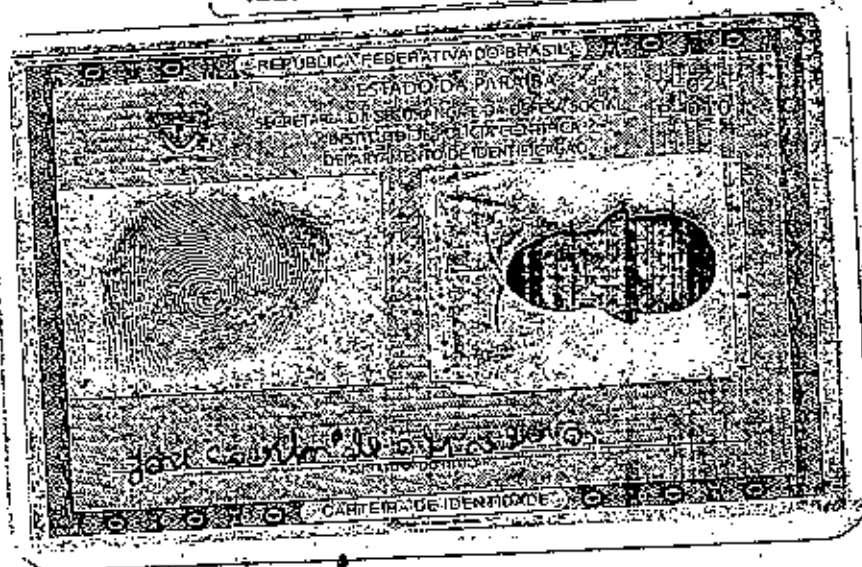
Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

OBS: Exame realizado em condições de urgência/emergência.
Conveniente correlação clínico-laboratorial.

COMPREV
COMPREV SEGUNDOS E PREVIDENCIA S/A.
09 MAR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

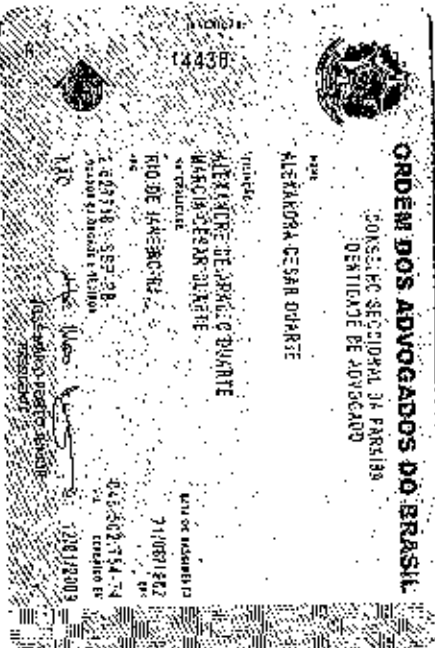
Dr. Thiago C. C. Modesto
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM-PB 5710

OBS: A interpretação do resultado deste exame e a conclusão diagnóstica são atos médicos, e dependem da análise conjunta dos dados clínicos e dos exames do paciente.

[illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
09 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

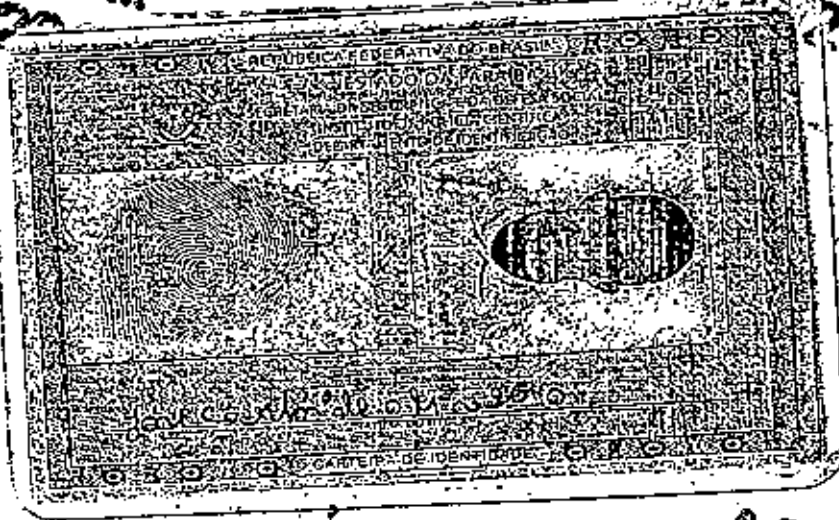


15

ASL-009
marcela.lima
01/09/2017



ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:18:18

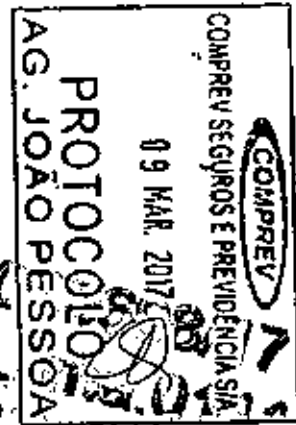
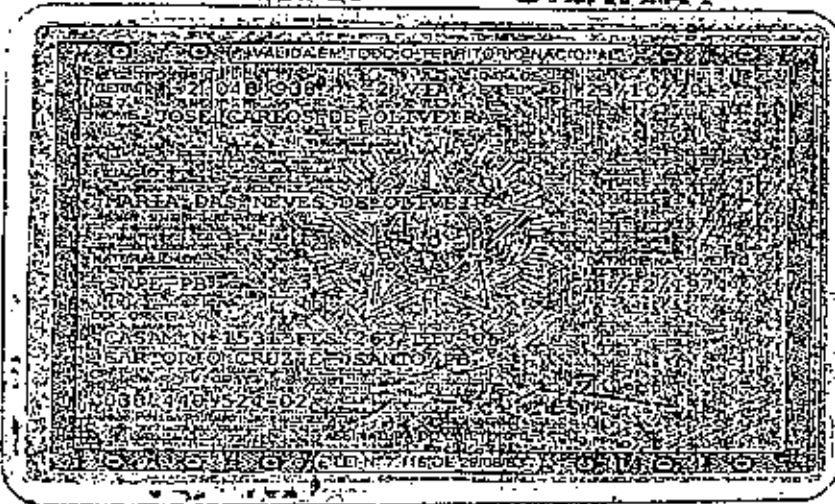


ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:18:18

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:18:18

ASL-0096698/17

ASL
marc
01/09/2017



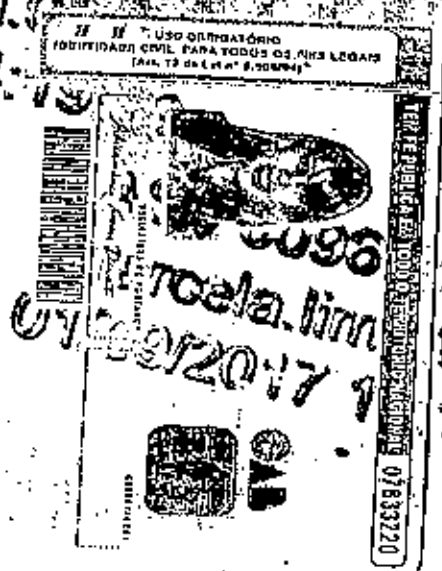
01/09/2017 14:18:18

CÓPIA

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19



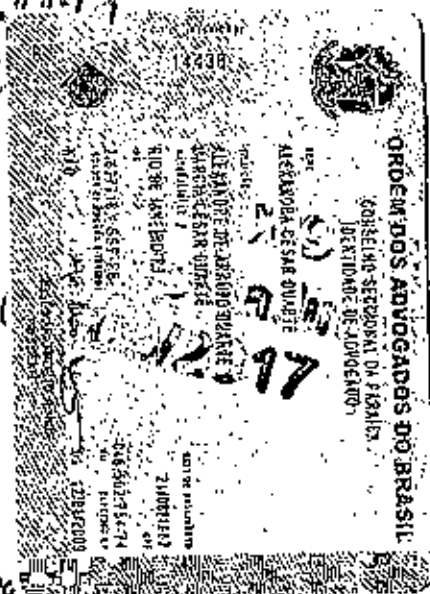
SL-0096698/17
-rcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19



18/17
0111
19:19

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19

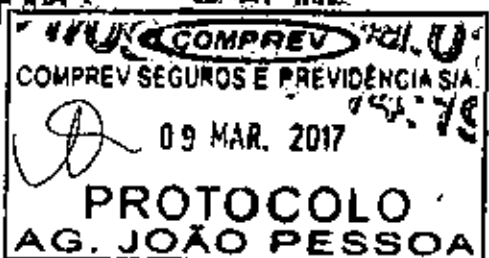
ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19



18/17
0111
19:19

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19

ASL-0096698/17
marcela.lima.0111
01/09/2017 14:19:19



CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CÓD. RENAVAM - PRT 20150800010526
0017471103-4 00/00000000 2015

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

03844052402 PLACA: NP8810/PB

NOVO PB 9C2KC1620AR000746

PAS/MOTOCICLETA/NAO-PPC

HONDA/CG 150 TITAN MIXES

2 P/149 /CI

IPVA PAGO EM 26/11/2014

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

SEM RESERVA DE DOMINIO

CRUZ-DO-E-SANTO-PB

16730

04/01/2016

133768

COMPREV-SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO 6 *T6%



PB Nº 012236089955 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 04/01/201

03844052402

00174711034

HONDA/CG 150 TITAN MIXES

2009 9

9C2KC1620AR000746

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

P A G O

DATA DE QUITAÇÃO 10/12/2015

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

733768-1208198/20160104

2015

ASL-0096698/17
março
01/03/2017



0096698/17

0111
4.1

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodpvato.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PB Nº 012236089955 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03844052402

00174711034 HONDA/CG 150 TITAN MIXES

902KCL620AR000746

PREMIO TARIFARIO

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

DATA DE OUTRADO 10/12/2015

SEGURO

PAGO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

133768-1208198-2016Q1N

ASL
março
01/03/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB

Nº 012236089955

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

00174711034

00/00000000

2017

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

03844052402

NOVO

00174711034 HONDA/CG 150 TITAN MIXES

902KCL620AR000746

VERMELHA

IPVA PAGO EM 26/11/2014

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 10/12/2015

SEGURO

PAGO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

133768-1208198-2016Q1N

ASL
março
01/03/2017 14:18:34

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 MAR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

17
11
14:18:34

CÓPIA



CONSULTA CADASTRO DE ARRECADAÇÃO - NUMERO: 2015121030008693

MODATA - COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DA PARAIBA
Sistema Integrado de Veículo - Módulo de Arrecadação

PAG. 1
DATA 14/08/17
HORA 09:43:28

CONSULTA CADASTRO DE ARRECADAÇÃO - NUMERO: 2015121030008693

Placa.: MPW5E1E1 Chassi.: 9C2KC1620AR000746 Rendenh.: 1147110330
Ano Lic.: 2015 CPE/CNPJ: 93963750420 Dt Venc.: 10/12/2015

Num. Protocolo: 0 Parcelamento Debitos 0 Parcelas 00/0
Num. Controle.: 2015121030008693 Tipo Doc GR:TXA VEC 3 Situação DEB:QUITO

Data Emissao.: 10/12/2015 Hora Emi.: 12:38:10 Valor Emi.: 1.076,43 Local
Data Geracao.: 10/12/2015 Dt Venc.: 10/12/2015 Resp Emi.:

Data Pag.: 10/12/2015 Dt Actual: 11/12/2015 Valor Pag.: 1.076,43
Banco/Agencia: 1 3417 Resp. Actual: 9999

Despachante.: Cod. Munc. Empl: 2207 Cod. Munc. Res.: 2207-1
Cod. Orgao.: Matric. SEFIN.: Cod. Orgao SEFIN:
Cod. Categoria:

CONSULTA TAXAS

TAXAS	Discriminacao	Valor	Ano	Sit
1150	REN. ANUAL LICENCIAMENTO	127,95	2015	-
1240	BOMBEIRO - PREV. CONTRA INCENDIO	19,19	2015	-
1130	LICENC. FORA DO PRAZO	9,46	0	-
Total das Taxas		156,60		

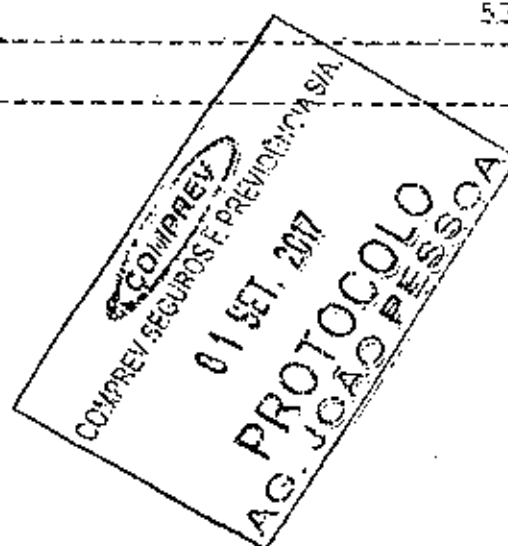
CONSULTA SEGURO DPVAT

Placa	Sit	Dt Emissao	Dt Pgto	Prem. Lic.	Vi Bilhete	Valor Iof	Prem. Tot.
MPW5E1E1	2	10/12/2015	00/00/0000	286,75	14,34	1,11	302,20

CONSULTA MULTAS

OrgaoNum	Infracao	Valor
115100	4054006	574,62
100	2245153624	53,20

Emitido por Eugenio Giuseppe C Oliveira Filho



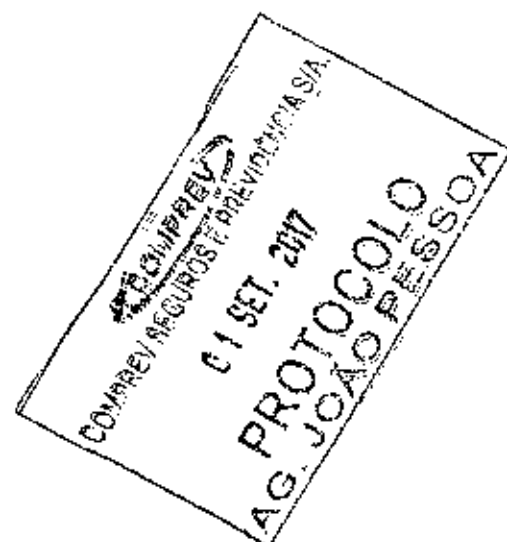
Sistema Integrado de Veículo Funcionário 12961
VEIPC001 - Consulta ao Cadastro Local ==> CVP 14/08/2017 09:44:57

Protocolo.: 201508000105264 Exercício: 2015 Mot.: 2 Dat/Cadas.: 16/11/2009
Nome.....: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA Dat/Atual.: 04/01/2016
Identidade.: 2048938 PB CPF/CNPJ: 03844052402 Dat/Aquis.: 14/08/2015
Munic. Resid: CRUZ DO E SANTO Endereço.....

Placa: NPW8810 0 Chassi: 9C2KC1620AR000746 Renavam: 174711034
Marc/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIXES Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA
Categoria.: PARTICULAR Espécie: PASSAGEIRO Carroceria: NAO APLICAVEL
Combustivel: ALCO/GASOL Ano: 2009 Modelo: 2010 Cor: VERMELHA Potencia:
Cilindradas: 149 Pass: 2 Carga: Eixos: 00 CMT: PBT: 000.30
Procedencia: NACIONAL No. Motor: KC16E2A000746 Faixa de Seguro: 09
Proprietário: JOSEFA FREITAS DO N SILVA CPE/CNPJ: 73863750420
Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr Venda: SEM RESERVA DE DOMINIO

CONTROLE DO SISTEMA

Debitos IPVA...: OFF	DET R A N: NAO	Seguro.....: SIM
Debitos Licenc...: SIM	P R F: NAO	Restricoes...: NAO
Controle Emissao: SIM	D E R: NAO	Roubo/Furto...: NAO
Atualizacao.....: SIM SIM	D N I T: NAO	Historico...: SIM
RECALL Montadora: NAO	PREFEITURAS: SIM	260,32 Outros.....: SIM
Restr. R.F.B.: NAO	RENAINF...: SIM	130,16 RENAJUD.....: NAO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342145/17
Vítima: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
CPF: 038.440.524-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/06/2016
Titular do CPF: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA : 038.440.524-02

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

Data da entrega: 01/09/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2017
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Carlos de Oliveira
 brasileiro(a), estado civil casado, profissão
Aux. Servico Guai, CI RG nº 2.048.938.5505/PB,
 CPF/MF nº 038.440.524-02, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Joazeiro, S/A - Area Rural
 Cidade de Quiz do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58334-000, telefone
(83)35127900, (83)987326361
(83)986602858

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado,
 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
 para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
 por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
 o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
 necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
 Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
 responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
 JOSE CARLOS DE OLIVEIRA
 em testada verdade, Sape-PB 26/07/2017 16:50:50
 Vândice Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 [2017-000767] JENIL:R\$ 49,23 FAPCEM:R\$ 0,27 R\$ 51,47
 SELO DIGITAL: 4E03B497-XB87
 Confira a autenticidade em <https://seelodigital.tbaa.ius.br>

A. Com. Res. João Pessoa Cond. 17/12/17
 Nome: (83) 329 2341 / 9313-3116
 CEP 58334-000 - Sape-PB

Quiz do Espírito Santo, 26 de fevereiro de 20 17
Alexandra Cesar Duarte
 x Jose Carlos de Oliveira
 OUTORGANTE

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 09 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: 098/17
Marcela Lima
brasileiro(a), estado civil Paraná profissão 17
Aux. Serviços Gerais CI RG nº 2.048.938-55051PB
CPF/MF nº 038.240.574-02, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Joaquim S/A - Área Rural
Cidade de Quinzão Espírito Santo Estado
Paraná CEP 55853-000 telefone
(83) 35127900 (83) 9833263641

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço citofa Av. João Machado,
399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações,
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

01/09/2017 14:19:34
Marcela Lima
0111

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
09 MAR 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE

CÓPIA
0111
19:34

17

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
JOÃO CARLOS DE ALMEIDA
Em test. da verdade, São Paulo, 26/09/2017, às 14h00min.
Vandirice Cavalcante de Freitas Santos / Escrevente
12017-4007673892-50 19 23 565931-84 07 27 8633-88
SELO DIGITAL: 40018497-1081
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tribl.jus.br>