

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180571397

Vítima: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2012

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180571397**.

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 13688354



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180571397

Vítima: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2012

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Laudo do IML - Lesões corporais não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180571397

Vítima: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2012

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
 CPF da Vítima: 703.010.884-11
 Nome completo da vítima: José Ricardo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Ricardo Pereira da Silva		CPF titular da conta	703.010.884-11	Profissão	Recurso	
Endereço	Sítio Lagoa do Felix		Número	51/N	Complemento	-	
Bairro	Zona Rural	Cidade	Quilte de Mamanguá	Estado	PB	CEP	58000-000
E-mail	Previdenciario@lacerda.com.br		Telefone (DDD)		-		

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

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
☐ BANCO DO BRASIL (001)
☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2049 D/V: 073
 CONTA NRO: 1116009 D/V: 8
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO nome:
 NRO:
 AGÊNCIA NRO:
 D/V:
 CONTA NRO:
 D/V:
 (Informar dígito se existir)

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.

José Ricardo P. da Silva 15 de outubro de 2018
 Local e Data

José Ricardo P. da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





25 12

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

108-485221824-1

18/ABR/2018

HORA DE 03:19:00

TERM: 048400

LOT: 13.22669-6
LOCALIDADE: CUITE DE MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 8844

DEPOSITO EM DINHEIRO

0044 013 00111689-6

JOSE RICARDO P SILVA

5,00

VALOR

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPOSITO

108-485221824-1

1ª VIA

0044 013 117609-8

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ouvidoria

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 1797/2018

Aos 28 dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOTO, nesta cidade de SAPÉ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 8h:14min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LUZINETE SEBASTIANA DA SILVA, conhecido por LUCINHA, Identidade nº 1016.988-SSP/PB, CPF nº 789.532.194-34, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Sebastiana Anália da Conceição, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 01/05/1959 (59 anos de idade), do sexo FEM, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa do Felix, s/n, Zona Rural, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 18 de Dezembro de 2012;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Rodovia Estadual que liga as cidades de Capim de Mamanguape a Cuité de Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Sen. Humberto Lucena (Traumas);
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA CG 125 FAN KS, ANO 2011/2011, COR PRETA, E PLACA OEX 7758/PB

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

WILSON JOSÉ, residente no Sítio Lagoa do Felix, Zona Rural, Cuité de Mamanguape/PB

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que meu filho JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA, estava de garupa da motocicleta acima mencionada quando o condutor WILSON JOSÉ, perdeu o controle do veículo, tendo vindo a acairer; Que em virtude do acidente o filho da declarante acabou por ficar ferido, vindo a ser encaminhado ao Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) e após a realização de alguns exames foi recambiado para o Hospital Senador Humberto Lucena (Trauma), onde foi atendido e se constatou de acordo com o Laudo Médico (copia anexo), cefalia intensa e escoriações na região frons, dorso e asa do nariz, entre outras lesões; Que de acordo com a noticiante em virtude do acidente, seu filho não consegue exercer as atividades normais, pois sente muita dor de cabeça, lhe impedindo de trabalhar e até praticar atividades esportivas como jogar futebol.

9) OBSERVAÇÕES:

QUALIFICAÇÃO DE ACIDENTADO: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA, RG: 4.073.652 SSP/PB, CPF: 703.010.884-11, brasileiro, natural de Sapé/PB, filho de Jose Pereira da Silva e de Luzinete Sebastiana da Silva, nascido em 22/03/1996, com 22 anos de idade, residente no Sítio Lagoa do Felix, s/n, Sapé/PB.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

LUZINETE SEBASTIANA DA SILVA
Comunicante

Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

Sapé-PB 28/09/2018 09:18:15

Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente

(2018-007261) EML:R4 2,37 FOLHAS 0,28 FÉRIAS 0,67

SELO DIGITAL: NPP46982-HS46

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipe.tus.br>

Cartório Oficial

Secretaria Local

Tabela de Loc

Escritura de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Est. de Loc

Escritura(o)/Agente

Matrícula nº 155.684-9

Dr. Gen. Renato Ribeiro

Fone: (83) 3288-2540/3013-3100

CEP 58340-000-Sapé-PB

COMPROV. SECOURS E PREVIDENCIA SIA
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 000.657.417



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-499
CNPJ 06.095.193 / 0001-40 - Insc. Est. 16.016.323-0

DADOS DO CLIENTE

GERSON SEVERINO DA GAMA
SIT LAGOA DO FELIX S/N
CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1309315-8

REFERÊNCIA

JUN/2015

APRESENTAÇÃO

16/06/2015

VENCIMENTO

23/06/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,43

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

GERSON SEVERINO DA GAMA

Rotafixo: 06-359-869-5210

CONTA PARA - Data de Pagamento: 29/06/2016

VENCIMENTO

23/06/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,43

MATRÍCULA

1309315-2015-06-1





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA LIGAR COM A CAGEPA
DIGITE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013-380

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
001.003.175.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACI	LIGADO		LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29		02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.	
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275	
ABR/2018	11	0	COLOR	268	277	277	
MAR/2018	7	0	COL. TERMOT	0	0	0	
FEV/2018	0	0	COR	73	88	88	
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277	
MEDIA(M)		17	DADOS REFERENTES A: MAI/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 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 Thiago do Araujo Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.739474 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ricardo P. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.010.884 / 11, do sinistro de DPVAT cobertura incendio da vítima José Ricardo P. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.010.884 / 07, 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>Av. Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-380</u>
Email <u>p.raudeira@coarula-seguros.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3247-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>98650-5735</u>	

João Pessoa/PB 27 de novembro de 2018
Local e Data

Thiago do Araujo Brandão
Assinatura do Declarante



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 JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 22/03/96

NOME DA MÃE LUZINETE SEBASTIANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

Nº PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 672675

DATA DO ATENDIMENTO 18/12/12

HORA DO ATENDIMENTO 17H19

MOTIVO DO ATENDIMENTO TRAUMA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO SEIO FRONTAL E DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ

CID 10 S02

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, "VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO" (SIC), APRESENTANDO, NAQUELE MOMENTO, CEFALÉIA INTENSA E ESCORIAÇÕES NA REGIÃO FRONTAL, DORSO E ASA DO NARIZ, SEGUNDO REGISTRO MÉDICO. NEGAVA PERDA DA CONSCIÊNCIA E/OU VÔMITOS. GLASGOW 15. AVALIADO PELOS SERVIÇOS DE CIRURGIA GERAL, BUCO MAXILO FACIAL E NEUROCIRURGIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO ("FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO SEIO FRONTAL E OPN", SEGUNDO A CIRURGIA BMF)

TRATAMENTO:

1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA + TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO SEIO FRONTAL E OPN.

ALTA HOSPITALAR: EM 18/12/12, COM ORIENTAÇÕES DE RETORNO.

DATA DA EMISSÃO: 05/02/13

Anamaria Jansen
Médica Internista
CRM 2294 - PB
039.00002294-9

Dra. ANAMARIA JANSEN
CRM 2294/PB

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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da Saúde

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

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

1000001680851 BE: 672676
JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA
DT: NASC.: 32/03/1996
MRE: LUZINETE SEBASTIÃO DA SILVA
END.: RUA SÍTIO LAGOA DO FELIX
N. SM - SÍTIO
CUSTO de Haverange
FORM.: ()
CELULAR: (83) 98157020
IDRGE: 18 anos
DT ENTRADA: 16/12/2012 17:19:57

NOME DO PACIENTE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMO DO TRAUMA

*Pariente vítima de acidente motociclístico à Bolinas, nua demais
nua vômito, relato de fratura íntima.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: ☐ Pervias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

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 ADVENTÍCIOS

{ ☐ Sim HTD { ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
☐ Não

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: ☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bmp **PA:** _____ X _____ mmHg **T:** _____ °C

ECG: _____

ABDOMEM:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (c4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4 Consiente / Palavras apropriadas, sorriso, social, fixa e segue objetos	5 Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3 Confuso / Chora, mas é consolável	4 Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2 Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3 Retira o membro
Nenhuma	1 Sons incompreensíveis / Inquieto, agitado	2 Flexão anormal (decorticação)
	Nenhuma / Nenhuma	1 Extensão anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL =		

LAUDO MÉDICO :

O paciente Jose Ricardo Pereira da Silva é portador do CID : S 02, sendo que vem em acompanhamento médico devido as seqüelas do trauma pós acidente de motocicleta.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO TC CRÂNIO

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Apresenta vertigem e cefaléia pós trauma , acompanhado de alteração cognitiva

OBSERVAÇÃO :

Está sendo medicado e encaminhado para novos exames complementares

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8742

29-05-2015

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742





Sigma

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

LAUDO MÉDICO :

O paciente Jose Ricardo Pereira da Silva é portador do CID : S 02, sendo que vem em acompanhamento médico devido as seqüelas do trauma pós acidente de motocicleta.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO TC CRÂNIO

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Apresenta vertigem e cefaléia pós trauma , acompanhado de alteração cognitiva

OBSERVAÇÃO :

Está sendo medicado e encaminhado para novos exames complementares

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8742

29-05-2015

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 05 (cinco) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/12/12

Assinatura e _____ Médico(a)

Adriano P. Silva
CRM: 2442

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(*) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

Av. Osmar Lisboa, s/n - CEP 58031 - 090 - Cx. Postal 1000





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

NOME: JOSE RICARDO PEREIRA SILVA

BE: 672675

DATA: 19/12/2012 16:43

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

- Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos dentro da normalidade.
- 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.
- TRAÇO DE FRATURA NO FRONTAL.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

COMPREV
COMPREV SECURUS E PREVIDENCIA
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.073.652 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2012

NOME JOSÉ RICARDO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ PEREIRA DA SILVA
LUZINETE SEBASTIANA DA SILVA

NATURALIDADE
SAPÉ-PB DATA DE NASCIMENTO
22/03/1996

DOC ORIGEM
NASC.N. 34558 FLS. 44V LIV. A-39
CARTORIO SAPÉ-PB

703.010.884-11

1020 Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





José Ricardo Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SECURESPREVIDENCIASIA

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
E DA DEFESA SOCIAL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ/PB

REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 046/2013

Sapé, 08 de Abril de 2013.

Exame Requisitado: **CORPO DE DELITO**

Autoridade Requisitante: Del. Pol. JOÃO PEREIRA E MELLO JUNIOR

Senhor Diretor.


Requisitamos a Vossa Senhoria as providências, para que no prazo legal (Art. 160, Parágrafo Único, do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o **CORPO DE DELITO**, na pessoa de informações a seguir e que seja o LAUDO remetido para **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ/PB**.

Nome: José Ricardo pereira da silva, brasileiro, solteiro, natural de Sapé-PB, com 17 anos de idade, estudante, RG de nº 4.073.652 expedida em 27/07/2012 por SSP-PB, filho de José Pereira da Silva e de Luzinete Sebastiana da Silva, residente no Sítio Lagoa do Félix, Zona Rural de Sapé-PB.

Local da Ocorrência: Sítio Lagoa do Félix, Zona Rural de Sapé-PB.

Data e hora da ocorrência: 18 de dezembro de 2012, às 18h00min.

Histórico: QUE NO DIA 18/12/2012, ESTAVA TRAFEGANDO DE CARONA EM UMA MOTOCICLETA QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DERRAPANDO NA PISTA, CHEGANDO A CAIR DA MOTOCICLETA; QUE EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA COM ESCORIAÇÕES NA REGIÃO FRONTAL, DORSO E ASA DO NARIZ, SEGUNDO REGISTRO MÉDICO; QUE FOI TRANFERIDO PARA O HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA TENDO ALTA NO MESMO DIA.


JOÃO PEREIRA E MELLO JÚNIOR
Delegado de Polícia Civil

Ao Ilmo Senhor
Diretor do DML
JOÃO PESSOA/PB.





LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Jose Ricardo Pereira da Silva, brasileiro, solteiro,
portador do RG nº 4.073.652-50DS/PB, inscrito no
CPF nº 703.010.884-31, residente e domiciliado
no Sítio Lagoa do Felix, S/N. Zona Rural, Cuité
de Mamanguape / PB.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa - 15 de outubro de 2018

Jose Ricardo S. da Silva

OUTORGANTE

ALCANTARA

04 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Rua Carlos Antônio Coutinho - 146 - Centro - 53000
Fone: (33) 3285-2341 Fax: (33) 3285-3163
Sociedade Lda Carlos Feliciano da Silva
Insc. Est. 10.111.111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) F(irmas) des.....

JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA.....

Em test.da verdade. Sane-PB 04/04/2018 08:30:37

Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente

[2018-062879]JENL:R\$ 09,40 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: ABR98335-T8TX

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinl.ms.br>

CARTÓRIO UNICO

Severina Lúcia M. Feliciano Sá

Te. Celia substituta

Maria de Lourdes Castro Gusmão

Escrevente

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746

Fone: (33) 3285-2341/3313-3163

CTP 58340-000-Sane-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439038/18

Vítima: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 703.010.884-11

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/12/2012

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

JOSE RICARDO PEREIRA DA SILVA : 703.010.884-11

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA