

---

**Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo 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, 11 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Declaração do Proprietário do Veículo 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, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Declaração do Proprietário do Veículo 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, 15 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 101.807.748/08 Nome completo da vítima: Carlos Antonio Coutinho  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Carlos Antonio Coutinho CPF: 101.807.748/08  
Profissão: Advogado Endereço: Rua Hologario B. Fernandes SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Caicava Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## REDA MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 439 01  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido;

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Carlos Antonio Coutinho  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

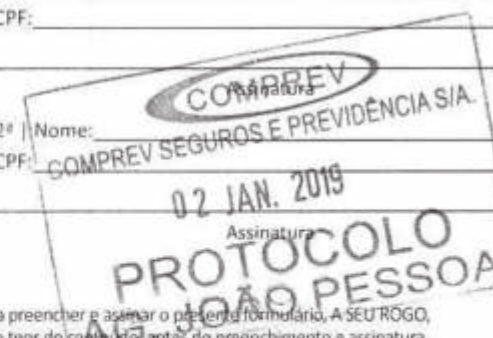
## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 101.807.74808 Nome completo da vítima: Carlos Antonio Goulinho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Carlos Antonio Goulinho CPF: 101.807.74808  
Profissão: Estudante Endereço: Rua Hologario b. Fernandes SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Caicara Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENDAS CADASTRAIS

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 439 01

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
PROTOCOLADO  
JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10056.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10056.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:16 horas do dia 21 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Carlos Antonio Coutinho**, CPF nº 101.807.748-08, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante, filho(a) de Ana Soares Coutinho e Manoel Fernandes Coutinho, natural de Serra da Raiz/PB, nascido(a) em 05/02/1956 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aposentado Abel Odilon Paulo, Nº 52, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98669-0631.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Prefeito Antonio Miranda, Caiçara/pb, Caiçara/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/10/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

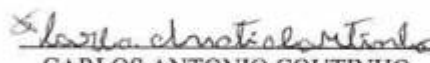
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

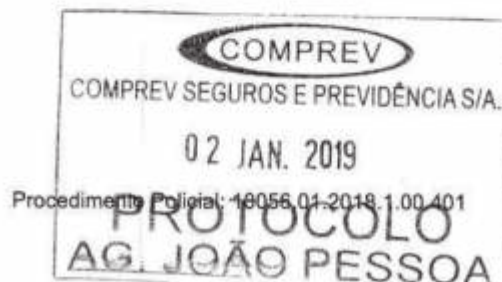
DIA 24/10/2017, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA OET-1390/PB E CHASSI 9C2J4110AR727969, PERTENCENTE A SENHORA MARIA DAS NEVES BARBOSA DA SILVA, SENDO QUE NA OPORTUNIDADE A MOTOCICLETA ESTAVA SENDO GUIADA PELO SENHOR GENILSON DOS SANTOS, QUANDO ESTE NOTIFICANTE SE DESEQUILIBROU E CAIU DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM TRAUMATISMO CRANIANO, COM CID S06.4, CONFORME LAUDO MÉDICO CONSTANTE NO PRONTUÁRIO 105017 ASSINADO PELO MÉDICO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE CRM/PB 3323; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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

João Pessoa/PB, 21 de dezembro de 2018.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
CARLOS ANTONIO COUTINHO  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 101.807.74808 Nome completo da vítima: Carlos Antonio Coutinho  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Carlos Antonio Coutinho CPF: 101.807.74808  
Profissão: Advogado Endereço: Rua Hologario B. Fernandes SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Caicava Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENTA MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 439 01  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido;

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Carlos Antonio Coutinho  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 101.807.74808 Nome completo da vítima: Carlos Antonio Goulinho  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Carlos Antonio Goulinho CPF: 101.807.74808  
 Profissão: Advogado Endereço: Rua Hologario L. Fernandes s/nº Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Caicara Estado: PB CEP: 58000-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 43901

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

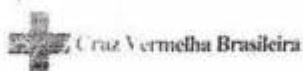
2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 02 JAN. 2019  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1036717



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1223456	Nome CARLOS ANTONIO COUTINHO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/02/1956	Idade 61 anos 8 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ANA SOARES COUTINHO	Pai MANOEL FERNANDES COUTINHO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALINE - FILHO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986315464	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 403814	Nº Cns 107832300760009				
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB				
Email	Naturalidade SERRA DA RAIZ	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58253000	Município de residência CAICARA	UF PB	Logradouro ALEGADO LUCIANO			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 24/10/2017 22:57:34	Número da pulseira 1000006148972	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
<p>Handwritten notes: HED, 27/10, de NS, FAX</p>						
Diagnóstico						
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES 28/10/17						

Imprimir

M<sup>te</sup> Daiana de S. Gomes  
Radiologia  
CRTR 02862T

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da rede fiscal/conta de energia elétrica. N° 016.064.098



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-400  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANIELLE FERNANDES  
RUA HOLEGARIO LUCIANO FERNANDES S/N  
CACARA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1554906-6

### REFERÊNCIA

NOV/2018

### APRESENTAÇÃO

23/11/2018

### CONSUMO

99

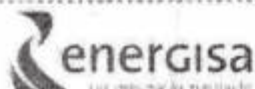
### VENCIMENTO

30/11/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 57,93

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



SEU VALOR AQUI

DANIELLE FERNANDES

Roteiro: 14-064-930-1800

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/12/2018

### VENCIMENTO

30/11/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 57,93

### MATRÍCULA

1554906-2018-11-3





Received: 21/11/2018; Accepted: 21/12/2018

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

资料来源：根据《中国统计年鉴》、《中国农村统计年鉴》、《中国人口统计年鉴》整理。

2012年12月12日 星期三 12:12:12

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

[illegible]

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
2013/01/01	0074	2013/01/01	0074			30	
Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Imp. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Cotação (R\$)
					Parcela (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)
0001	Consumo energia	220.000	0,002200	160,40	160,40	21	49,11
0002	Abc B Verônica			4,73	4,73	24	1,19
0003	Abc B Andres			2,20	2,20	24	0,61
UNICOMETRO SERVIÇOS							
0005	INDUSTRIALIZACAO E PLACAS			11,24	11,24	24	3,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

[illegible]

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

[illegible]

## ATENÇÃO

### Fatores em atraso

1. 中国人口老龄化现状与趋势

2. 参考文献

[illegible]

收稿日期: 2004-03-16; 修回日期: 2004-05-10

83640000001-1 98620149000-0 18933562018-7 11400005018-4



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 017.412.630



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

## REFERÊNCIA

DEZ/2018

## APRESENTAÇÃO

19/12/2018

## CONSUMO

222

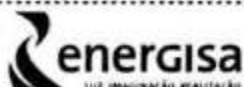
## VENCIMENTO

27/12/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 196,31

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/12/2018

## VENCIMENTO

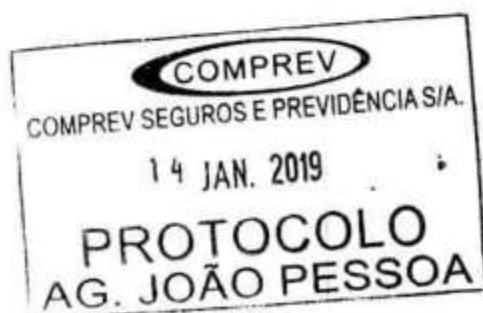
## TOTAL A PAGAR

## MATRÍCULA

27/12/2018

R\$ 196,31

1698358-2018-12-2



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alcemandro Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Antonio Coutinho inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 101.807.748-08 do sinistro de DPVAT cobertura utilidade 3 da Vítima  
Carlos Antonio Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.807.748-08, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: 08 JAN. 2019

☒ Recuso informar

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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>rua gente Fiscal José do. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58066-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>	

João Pessoa de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alcemandro Cesar Duarte  
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 Carlos Antonio Coutinho

DATA DE NASCIMENTO 05/02/56

NOME DA MÃE Ana Soares Coutinho

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105017

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1036717

DATA DO ATENDIMENTO 24/10/17

HORA DO ATENDIMENTO 22:57

MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma

DIAGNÓSTICO (S) Traumatismo craniano

CID 10 S06.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com trauma de crânio há 02 dias, apresentou episódios de vômitos (há 02 dias) relata ingestão alcoólica, cefaleia sem confusão mental, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado, pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: hematoma extradural parietal esquerdo, sem desvio da linha média.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano.

ALTA HOSPITALAR: 01/11/17

DATA DA EMISSÃO: 07/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

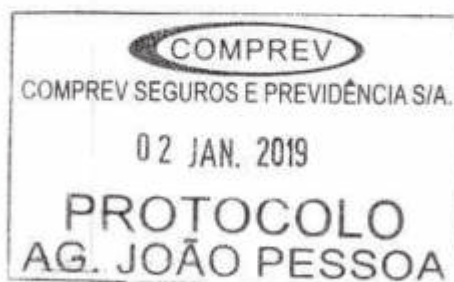


## Documento de Alta

<b>Nome:</b> CARLOS ANTONIO COUTINHO			<b>Número Prontuário:</b> 105017
<b>Data de</b> 05/02/1956	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 25/10/2017 00:38:32	<b>Data de Alta:</b> 01/11/2017 10:45:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRURGICO			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, SENDO OPERADO EM 27/10/17 PARA DRENAGEM DE HEDA			
<b>Resultado de Exames:</b> TC CRANIO CONTROLE - MELHORA IMPORTANTE DO HEDA RESIDUAL CONTUSOES POR CONTRAGOLPE EM ABSORÇÃO			
<b>Tratamento:</b> CIRURGICO			
<b>Diagnóstico:</b> S06.8 - Outros traumatismos intracranianos			
<b>Recomendações:</b> RETORNO AMBULATORIAL NA NEUROCIRURGIA (HTOP)			

Thaise Ellen de Moura Agra  
Neurocirurgia  
CRM 5247

Data: 01/11/2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247 - PB

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>CARLOS ANTONIO COUTINHO</b>	SAE 1036717	Data/Hora Entrada 24/10/2017 22:57:34	Data Baixa
Data de nascimento 05/02/1956	Idade 61	Sexo Masculino	CNS 107832300760009
Mãe <b>ANA SOARES COUTINHO</b>			Telefone de Contato (83) 986315464
Endereço <b>ALEGADO LUCIANO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAICARA</b>	Prontuário
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação 24/10/2017 23:02:53		Data/Hora Prescrição 24/10/2017 23:26:18	Nº Cons. Regional 7104/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CRANIO HÁ 2 DIAS. APRESENTOU VÁRIOS EPISÓDIOS DE VÔMITOS HÁ 2 DIAS (TEVE INGESTA ALCOÓLICA).

ELATA CEFALÉIA. SEM CONFUSÃO MENTAL.

EF: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

NEGA ALERGIAS. NEGA COMORBIDADES.

CD: TC CRANIO. ANALGESIA.

### MEDICAÇÃO

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### CID10

Código	Descrição
S2.0	Dor aguda

### Induta

Em observação

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(7104/PB)

CARLOS ANTONIO COUTINHO

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>CARLOS ANTONIO COUTINHO</b>		BAE <b>1036717</b>	Data/Hora Entrada <b>24/10/2017 22:57:34</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>05/02/1956</b>	Idade <b>61</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>107832300760009</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986315464</b>
Mãe <b>ANA SOARES COUTINHO</b>				Prontuário
Endereço <b>ALEGADO LUCIANO, SN</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAICARA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>		Nº Cons. Regional <b>7104/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>4/10/2017 23:02:53</b>		Data/Hora Prescrição <b>25/10/2017 00:11:16</b>		
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CRANIO HÁ 48 HORAS. APRESENTOU VÁRIOS EPISÓDIOS DE VÔMITOS HÁ 2 DIAS (TEVE INGESTA ALCOÓLICA).


RELATA EPISÓDIOS DE CEFALÉIA. SEM CONFUSÃO MENTAL.

EF: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

NEGA ALERGIAS. NEGA COMORBIDADES.

TC CRANIO: HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO DE 12 MM X 70 MM, SEM DESVIO DE LINHA MÉDIA OU COMPRESSÃO VENTRICULAR. CISTERNAS DA BASE LIVRES.

CD: INTERNAÇÃO. OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

<b>DIETA</b> DIETA ZERO, VIA NENHUMA	<div align="center">           COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.          02 JAN. 2019       </div>
<b>MEDICAÇÃO</b> AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE DOR / FEBRE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 10,0) Diluir DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTS) SE NECESSÁRIO NÁUSEAS OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) Diluir ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 MG SE NECESSÁRIO NÁUSEA OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0) SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTS) OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ) TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 100,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)	<div align="center"> <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG. JOÃO PESSOA</b> </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">         Dr. Alecio C. Santos Barros          Neurocirurgião          CRM-PB 7104       </div>

LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 50,0 MG VIA ORAL, 12/12H, SE NECESSÁRIO PA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 100,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL, DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

## CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

AFERIR PA E FC, (OBSERVAÇÕES: AFERIR DE 8/8H)

BSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

## Conduta

Internar Paciente

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(7104/PB)

~~Dr. Alecio C. E. Santos Barcelos~~  
Neurocirurgião  
CRM-PB 7104

CARLOS ANTONIO COUTINHO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Enfe Francisco

## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
DO HOSPITAL: Regional de Guarabira  
PARA O HOSPITAL: Emergência e Trauma  
MÉDICO ASSISTENTE: Yrajá Arruda DATA: 24.10.17

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:  
NOME: Carlos Antônio Coutinho SEXO: M  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: 61  
ENDEREÇO: Rua Alegria Cristiano BAIRRO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Caibarió ESTADO: PB

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:  
Paciente vítima de acidente de moto de A caída de costas (sic) com trauma nosso a usia occidital. Presença de hematomas (Equimose) bilatral.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:  
Volturno Didiwla  
Solicito avaliação da Neurocirurgia

DIAGNÓSTICO: Lesão em base de crânio?  
PROVÁVEL: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO): \_\_\_\_\_  
Yrajá E. de Arruda  
Cirurgia Geral  
CRM 2597  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSH

Nome: CARLOS ANTONIO CANTINHO BE/Prontuário: 1036717  
Idade: 61 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 27/10/17  
Clínica/Setor: NEUROCIQUIRIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: DRENAGEM HED AGUDO  
Cirurgião: JOSE LOPES 1º Assistente: CAVALIER  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: PERC Horário: Início 18H Término 19H

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>HEMATOMA EPIDURAL AGUDO</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>DRENAGEM HEMATOMA EPIDURAL</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria

☒ Terapia Intensa

( ) Residência

( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
ABRIL PESSOA

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. José Lopes de Sousa Filho  
CRM-PB 6678  
Neurologia Neurocirurgia  
CNS: 888000407533874  
CPF: 803.044.854-83

João Pessoa, 27/10/17





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000869657

Idade: 61 anos

Paciente: CARLOS ANTONIO COUTINHO

Data: 24/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Sinais de hematoma epidural na região parietal esquerda, com espessura de 1,8 cm e discreto desvio das estruturas da linha média em 0,3 cm.

Hematomas intraparenquimatosos em região temporal direita e frontal bilateral.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

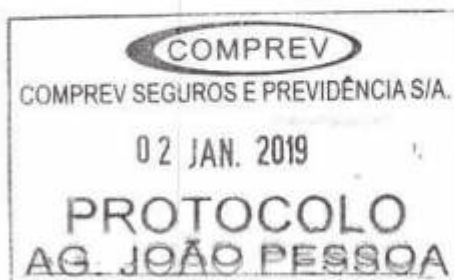
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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



*Este laudo foi liberado em 25/10/2017 00:41.*

**Dra. Danielle C.S. Pereira**  
**CRM: 6088 - PB**

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB  
ANESTESIA PERIFÉRICA  
ASSÉPTICA

Incisão:

INCISÃO TEMPORAL, ETAL (D)

Achados:

CADENÓPIA TEMPORAL, ETAL (D)

Conduta:

DRENAGEM VOLUMOSA HEMATOMA  
EDIDUOAL PAR, ETAL

HEMORRÁGICA E SUPRACUTÂNEA (D)

ANCAAMENTO CIRCUNFERENCIAL

OSTEOSSINTESE E NÍVEL 2

INFLANTE DRENO SUPRACUTÂNEO

SINTESE POR PLANOS

CURATIVO OCUSIVO EXTERNO

Fechamento:

SARF A CURATIVOS CLINICOS

Observação:

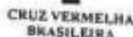
PEQUENO DRENO 24HS

Dr. José Lopes de Sousa Filho  
CRM PA 6876  
Neurologia Neurocirurgia  
CNS: 888008407533674  
CPF: 053.044.854-83

João Pessoa,

Médico/CRM:





### Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Carlos Antonio Coutinho**  
 IDADE: **61** ANOS  
 SEXO: **M**  
 CIRURGIÃO: **Dr. José Soares**  
 ANESTESIA: **Local**  
 ANESTESISTA: **Dr. Augusto dos Santos**  
 INSTRUMENTADOR: **Edlane**  
 DATA: **27/10/17**  
 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: **18:00h**  
 CIRURGIÃO: **20:00**  
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	
IOFLURANO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
IVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAÍNA C/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,5			FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAN			LUVAS ESTÉRIL Nº8,0			FITA CARDÍACA	
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº8,5			MATERIAL ESPECIAL	
NIMBÍUM			MÁSCARA CIRÚRGICA			CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO			MULTIVIAS			CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPÓPOLIS			SCALP Nº19			FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANIL			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO STEDMAN Nº	
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			KIT. PAM	
ROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			FIXADOR EXTERNO	
ROXITROLINA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			EMPRESA	
DEXAMETASONA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS	
NIPIRONA SÓDICA			SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS CORTICAIS	
SEDURINA			SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FLUROSEMIDA			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%			TORNEIRINHA			PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº80			PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
ONDASENTRONA			TUBO SILICONE (LATEX)			EQUIPAMENTOS	
PLASIL			FIO ALGODÃO S/A Nº			ASPIRADOR	
PROSTIGMINE			FIO ALGODÃO S/A Nº			BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA			FIO ALGODÃO C/A Nº			CAPNOGRÁFICO	
TENOXICAN			FIO ALGODÃO C/A Nº			CARDIOMONITOR	
						DESFIBRILADOR	
						FOCO AUXILIAR	
						FOCO CENTRAL	
						MACROSCÓPIO	
						OXÍMETRO DE PULSO	
						P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						PERFURADOR ELÉTRICO	
						SERRA	

FRESA E BROCA DESCARTÁVEL MACOM  
 NOME TÉCNICO: BROCA CIRURGICA  
 DESCRIÇÃO: FRESA AUTOMÁTICA HIGH PERFORMANCE Ø 12mm - SMITH  
 MODELO COMERCIAL: MA-1014B  
 CONTÉM: 1 UNIDADE  
 DATA DE FABRICAÇÃO: 15/09/2017  
 REGISTRO ANVISA Nº: 10243070038  
 RESPONSÁVEL TÉCNICO: ALEXANDRE ENLAGE HANZ  
 CREA-SP: 5082641/02

N° LOTE: 117333/17  
 PROTOCOLO: 117333/17  
 DATA: 27/10/17  
 LOCAL: MACOM

FRESA E BROCA DESCARTÁVEL MACOM  
 NOME TÉCNICO: BROCA CIRURGICA  
 DESCRIÇÃO: FRESA AUTOMÁT



ORÇAMENTO  
HOSPITAL

## FICHA DE ANESTESIA

MAGALHÃES

HISTÓRICO

DATA: 27/12/17

PRONTUÁRIO: 1036717

PACIENTE: CARLOS ANTONIO CORTINHO

SEXO: M COR: P

IDADE: 61 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL: 74/44 RESPIRAÇÃO: EUPNEIA TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 66 kg GRUPO SANGÜINEO: B

ESTADO GERAL: ☒ BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

## EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: NDN AP. CIRCULATÓRIO: NDN

AP. DIGESTIVO: NDN ESTADO MENTAL: LOTO, ANSIEDADE GÁS EM USO: O2

PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: HEMATOMA EPIDURAL CRÔNICO

CIRURGIA REALIZADA: DRENAGEM HEMATOMA EPIDURAL

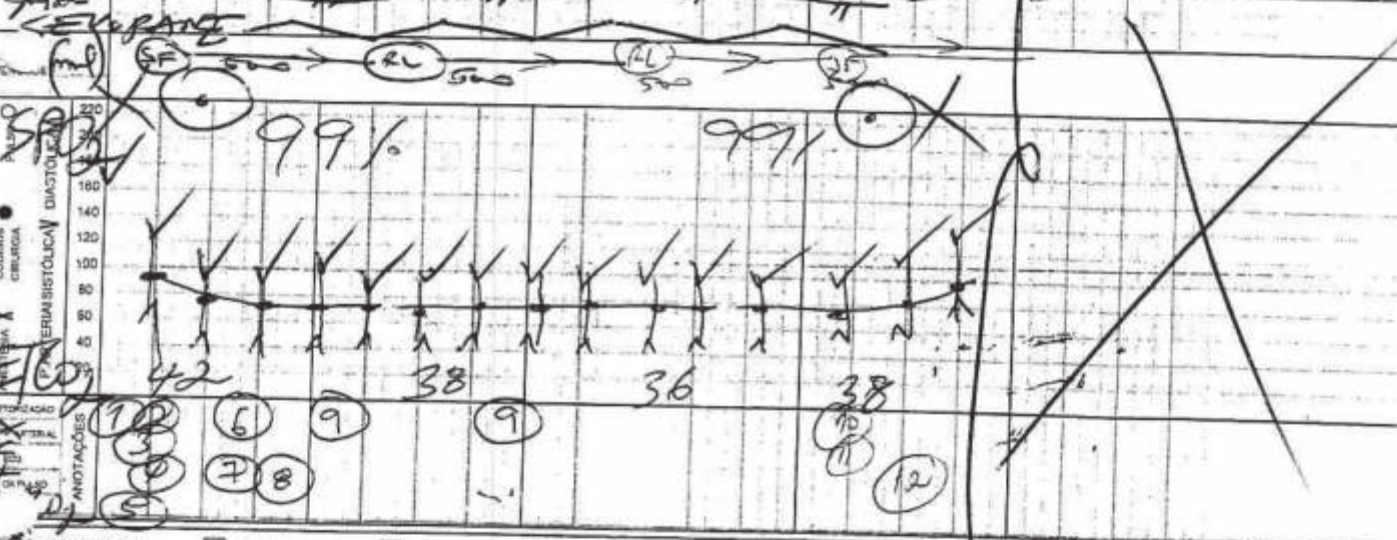
CIRURGIÃO: DR. JOSE LOPES

INÍCIO DA ANESTESIA: 18:00 HS TÉRMINO DA ANESTESIA: 19:20 HS DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:20 HS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA: DR. AUGUSTO DOS ANJOS CRM-PB: 5544

ASSISTENTE: DR. LUISA CAMACHO

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TÍTULOS: 500 mg; Fentanyl 100 mcg; Propofol 130 mg; Rocuronium 20 mg; Atropine 0.75 mg

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1000	1 ATROPINA 0,75 mg	11 NEOSTIGMINE 1,5 mg
SANGUE	2 FENTANIL 200 mcg	12 Dipiridona 0,2g
1000	3 LIDOCAINA 80 mg	
RINGER	4 PROPOFOL 130 mg	
TOTAL	5 CEFAZOLINA 0,2g	
DESTINO DO PACIENTE	6 ROCURÔNIO 20 mg	
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 DEXAMETANINA 10 mg	
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 NALOXON 0,4 mg	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS SRPA	9 EFEDRINA 20 mg	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10 ATROPINA 0,75 mg	

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Augusto Dos Anjos CRM-PB 5544

Anestesiologia

Emergência e Trauma

F.ONG/ABCIR.026-1

## Documento de Alta

<b>Nome:</b> CARLOS ANTONIO COUTINHO			<b>Número Prontuário:</b> 105017
<b>Data de:</b> 05/02/1956	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 25/10/2017 00:38:32	<b>Data de Alta:</b> 01/11/2017 10:45:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRURGICO			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO , SENDO OPERADO EM 27/10/17 PARA DRENAGEM DE HEDA			
<b>Resultado de Exames:</b> TC CRANIO CONTROLE - MELHORA IMPORTANTE DO HEDA RESIDUAL CONTUSOES POR CONTRAGOLPE EM ABSORÇÃO			
<b>Tratamento:</b> CIRURGICO			
<b>Diagnóstico:</b> S06.8 - Outros traumatismos intracranianos			
<b>Recomendações:</b> RETORNO AMBULATORIAL NA NEUROCIRURGIA ( HTOP)			

Data: 01/11/2017

  
THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247 - PB

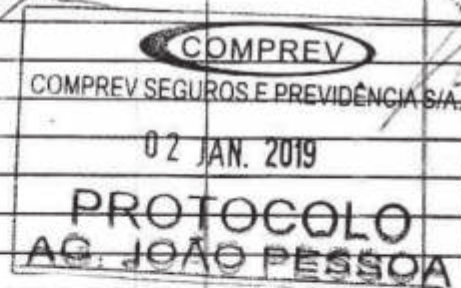


**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIÇARA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

NOME: Carlos Antônio Coutinho SEXO: Masculino  
 ENDEREÇO: R. Olymnia Oliveira  
 NOME DA MÃE: Elza Gomes Coutinho  
 NOME DO PAI: Manoel Fernandes Coutinho  
 Data de Nascimento: 05.02.56 Naturalidade: Serra da Raiz Est. Civil:   
 Profissão: Agricultor

Óbito Nº:  
 Ocorrido em:  
 Causa:

DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratórios - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
<u>16/04/04</u>	<u>temp. 39°C</u>  <u>Urgente</u>		
<u>23.11.05</u>	<u>peso: 55,500g</u> <u>PA: 120x50 mmHg</u> <u>Exame ao médico</u> <u>Raio de 2x4 cm</u> <u>Fluorografia</u> <u>Ceto corp</u>	<u>Tubo</u> <u>Causa</u>	<u>Clínica</u>
<u>07.03.06</u>	<u>peso: 55,500g</u> <u>temp. 38°C</u> <u>PA: 80x60</u> <u>Exame ao médico</u> <u>Raio de 2x4 cm</u> <u>Fluorografia</u> <u>Ceto corp</u>	<u>Tubo</u> <u>Causa</u>	<u>Clínica</u>
<u>07.07.06</u>	<u>Exame ao médico</u>		









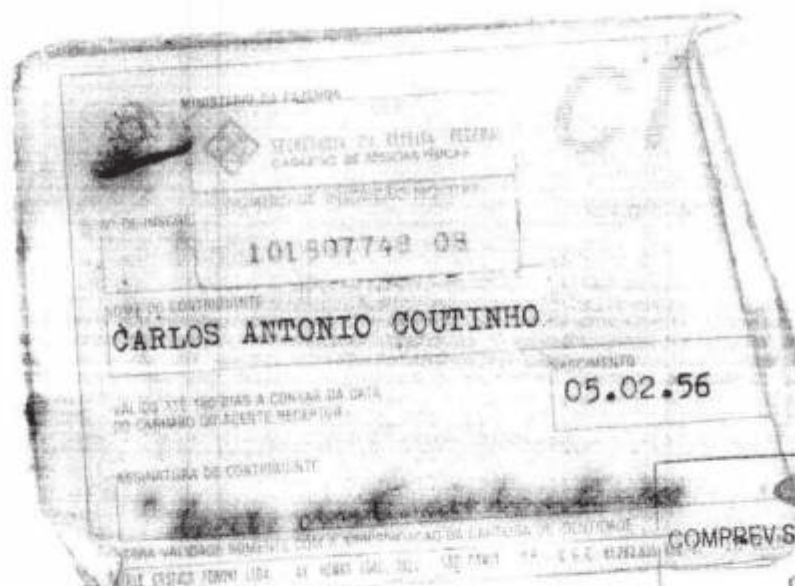
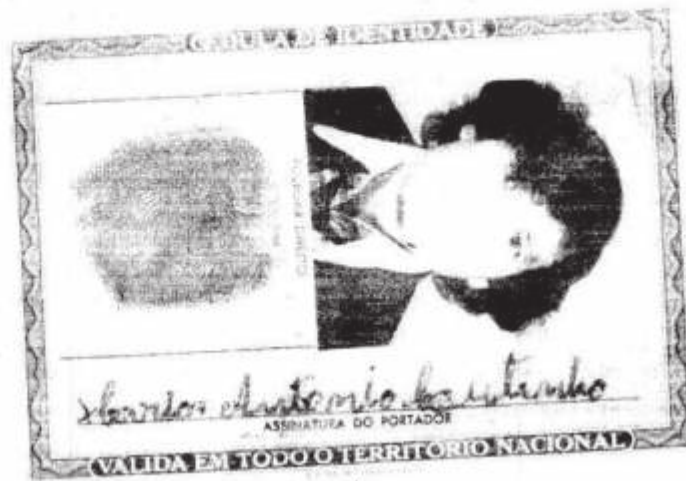


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIÇARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

NOME: Carlos Antônio Coutinho SEXO: Masculino  
ENDEREÇO: R. Olívia Oliveira  
NOME DA MÃE: Anna Soares Coutinho  
NOME DO PAI: Manoel Fernandes Coutinho  
Data de Nascimento: 05.02.56 Naturalidade: Serra da Raiz Est. Civil:   
Profissão: Agricultor

Óbito: Nº:  
Ocorrido em:  
Causa:

DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratórios - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
16/04/04	temp. 39°C VAP		
23.11.05	pac. 55, 50kg. PA: 120x80 mmHg. Causa: <u>mieloma</u> <u>Pacote ec xua</u> <u>Fluor. 2-4</u> <u>Ceto 000000</u>	<u>Tubo</u> <u>Caus</u>	<u>Maternaldo Barbosa</u> <u>Cirurgia Geral</u> <u>CPF: 020.742.224-97</u>
09.03.06	pac. 55, 50kg. Temp. 38°C PA: 80x60 Causa: <u>ao médico</u> <u>Pacote ec xua</u> <u>Fluor. 2-4</u> <u>Ceto 000000</u>	<u>Tubo</u> <u>Caus</u>	<u>Maternaldo Barbosa</u> <u>Cirurgia Geral</u> <u>CPF: 020.742.224-97</u>
1.07.06	Causa: <u>ao médico</u>		



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE / ORG. EMISSOR IN  
2627718 SSP PB

CPF  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

FUNÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO  
ACC CATNAR  
B

Nº REGISTRO  
01851269660 VIGÊNCIA  
16/01/2019 29/06/2001

CRÉDITOS

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
17/01/2014

*Rodrigo Carvalho*  
ASSINATURA DO EMISSOR 66588-56744  
78027619595

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
894056231

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Carlos Antonio Coutinho,  
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão Alfabetante,  
CI RG nº 403.814,  
CPF/MF nº 101.807748-08, residente e domiciliado(a) à Rua Holegario Louceno Fernandes S/N,  
Cidade de João Pessoa Estado Paraíba, CEP: 58000-000, telefone 83-98663-4900, 99305-5363.

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 Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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.

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Carlos Antonio Coutinho

OUTORGANTE

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua Elias Pereira de Azevedo, 40 - Mangabeira/João Pessoa - CEP 58019-210 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 33344000 / 33344002

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de.....  
CARLOS ANTONIO COUTINHO.....  
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 19/12/2018 14:22:46  
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO  
[2018-036500]ENOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: ANY05918-YORT  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.joao.pessoa.pb.gov.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Número do Sinistro:** 3190009173

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO  
COUTINHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

**CARLOS ANTONIO COUTINHO : 101.807.748-08**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 09/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Número do Sinistro:** 3190009173

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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](http://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: 14/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/10/2017

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO  
COUTINHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### CARLOS ANTONIO COUTINHO : 101.807.748-08

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](http://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: 02/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA