
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144620

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144620

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: _____ Nome completo da vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA CPF: 037.668.094-66
Profissão: CAHAREIRA Endereço: R. CAMO SANTO Número: 87 Complemento: _____
Bairro: VARADOURO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58031-340
E-mail: CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 4143-2316

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

RENDA 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: 0036 ☐ CONTA: 92936 9
(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 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 05/02/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Ribeiro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcia Antônia Gulo da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

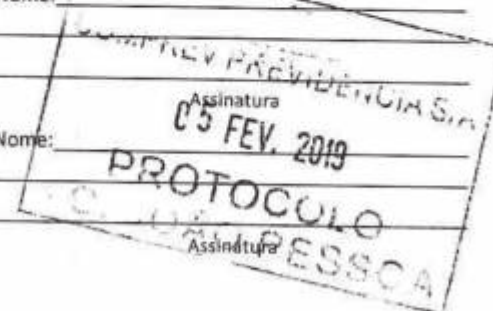
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | 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: _____ Nome completo da vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA CPF: 037.668.094-66
Profissão: CAHAREIRA Endereço: R. CAMO SANTO Número: 87 Complemento: _____
Bairro: VARADOURO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58031-340
E-mail: CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 4143-2316

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

RENDA 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: 0036 ☐ CONTA: 92936 9
(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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 05/02/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Ribeiro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Maria Antônia Gulo da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

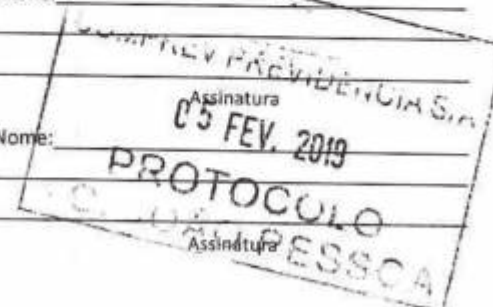
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | 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.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01891.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01891.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luciana Ribeiro da Silva**, CPF nº 037.668.094-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Camareira, filho(a) de Luzia Antonia da Conceição e José Ribeiro da Silva, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 25/04/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Campo Santos, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Cemitério Senhor da Boa Sentença, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98818-5516.

Dados do(s) Fatos:

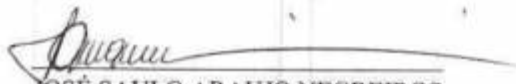
Local: Rua Joaquim Carvalho, Por Trás do Cemitério Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Trincheiras; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

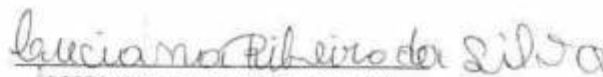
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

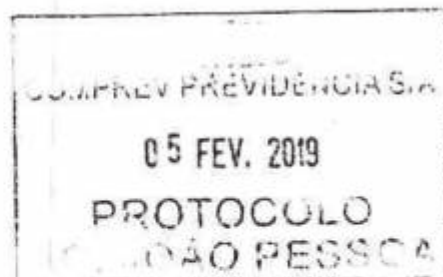
QUE, segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de idade, hoje com 10 anos de idade de nome: Mickael de Oliveira Silva, pedalava uma bicicleta, quando um veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem sabe quem é o condutor que atropelou ao seu filho, pois o mesmo evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE segundo a declarante relata que devido o impacto seu filho foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 26.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0 e T0,0

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01891.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01891.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01891.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Luciana Ribeiro da Silva**, CPF nº 037.668.094-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Camareira, filho(a) de Luzia Antonia da Conceição e José Ribeiro da Silva, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 25/04/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Campo Santos, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Cemitério Senhor da Boa Sentença, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98818-5516.

Dados do(s) Fatos:

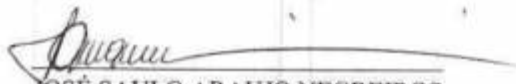
Local: Rua Joaquim Carvalho, Por Trás do Cemitério Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Trincheiras; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

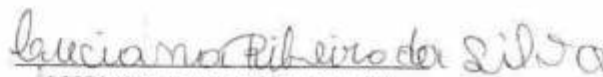
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

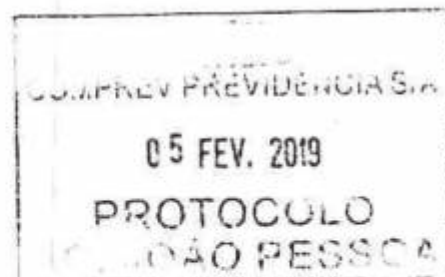
QUE, segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de idade, hoje com 10 anos de idade de nome: Mickael de Oliveira Silva, pedalava uma bicicleta, quando um veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem sabe quem é o condutor que atropelou ao seu filho, pois o mesmo evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE segundo a declarante relata que devido o impacto seu filho foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 26.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0 e T0,0

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01891.01.2018.1.00.420

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: _____ Nome completo da vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA CPF: 037.668.094-66
Profissão: CAHAREIRA Endereço: R. CAMO SANTO Número: 87 Complemento: _____
Bairro: VARADOURO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58031-340
E-mail: CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 4143-2316

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

RENDA 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: 0036 CONTA: 92936 9
(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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 05/02/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Ribeiro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcia Antônia Gulo da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

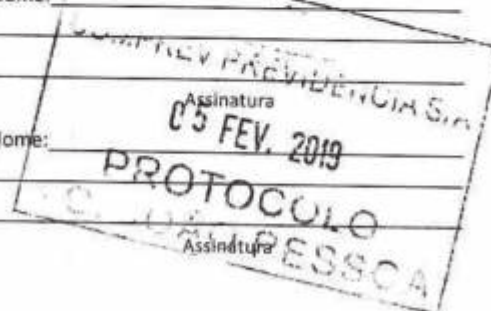
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | 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: _____ Nome completo da vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

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

Nome completo: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA CPF: 037.668.094-66
Profissão: CAHAREIRA Endereço: R. CAMO SANTO Número: 87 Complemento: _____
Bairro: VARADOURO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58031-340
E-mail: CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 4143-2316

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

RENDA 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: 0036 ☐ CONTA: 92936 9
(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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 05/02/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Ribeiro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcia Antônia Gulo da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

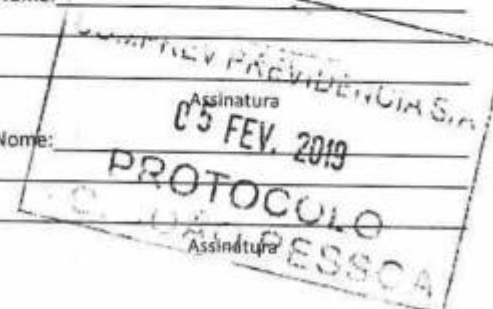
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | 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.

Maca 2 - alto



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente

ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS	

Admissão

Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS
Especialidade PEDIATRIA	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Mero de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _ x _ mmHg	Pulso	Temperatura
------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						05 FEV. 2019 PROTOCOLO JOAO PESSOA
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 32seg

Imprimir

Maca 2 - alto



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente						
ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA		Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714				
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO			
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS				
Admissão						
Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS				
Especialidade PEDIATRIA	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Mero de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						05 FEV. 2019 PROTOCOLO JOAO PESSOA
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 32seg

Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via do conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 018.724.705



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-450
CNPJ 09.093.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
RUA CAMPO SANTO 87
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1078095-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

07/12/2018

CONSUMO

0

VENCIMENTO

14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AGORA

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Roteiro: 04-001-138-6400

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/12/2018

VENCIMENTO

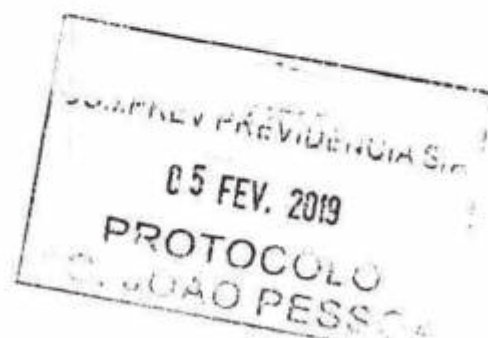
14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

MATRÍCULA

1078095-2018-12-0



TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553 - Sala 01
Cruz das Almas - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - I.E.: 15.125.110-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

--TIM

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMIÇÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/DEZ A 18/JAN

Serviços TIM S.A. VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)
TIM Portal CONTEUDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitado	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades					49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	13m18s	8	-	-	0,00
-	120m00s	45	-	-	0,00
-	10m24s	2	-	-	0,00
-	01m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM					0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FLUNTEL	R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST (1%) e FLUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
19/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/02/2019

VALOR
R\$ 49,90

VIA BANCO

8465000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via do conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 018.724.705



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-450
CNPJ 09.093.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
RUA CAMPO SANTO 87
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1078095-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

07/12/2018

CONSUMO

0

VENCIMENTO

14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AGORA

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

Roteiro: 04-001-138-6400

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/12/2018

VENCIMENTO

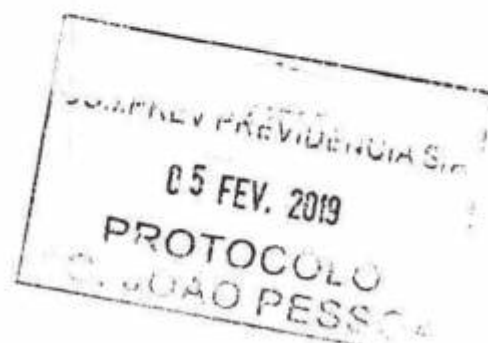
14/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

MATRÍCULA

1078095-2018-12-0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 MARIA CINTHIA GUILLO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIANA RIBEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.662.094 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MICHAEL DE OLIVEIRA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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. CAPITAS JOSE PERNA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>JACARIBE</u>	Cidade <u>JOSE PERNA</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULT-IVS.ADVOCADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4343-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 98663-0582</u>

JOSE PERNA, 01 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Guillo da Silva
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Guelo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciana Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 037668094 / 66 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Michael de Oliveira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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. Capitão José Penas</u>		Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Jardim</u>
Bairro	<u>Yaguajay</u>	Cidade	<u>João Penas</u>	Estado	<u>PA</u>	CEP
Email	<u>consult.jus.advogados@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83)41412316</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)986630583</u>

João Penas, 14 de fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Guelo da Silva
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 03/03/08.
NOME DA MÃE LUCIANA RIBEIRO DA SILVAN

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1052454
DATA DO ATENDIMENTO 01/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 17:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE BICICLETA/MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA E., POLITRAUMATISMO LEVE
CID 10 S42.0 , T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW - 15. REFERE DOR NO OMBRO E., COTOVELO E., BACIA, JOELHO E., FERIMENTO NO COTOVELO E. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA,

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: BACIA, OMBRO E., JOELHO E., COTOVELO E.
USG DE ABDOME (FAST)


RESULTADOS DOS EXAMES:

RX- FRATURA DE CLAVÍCULO E., DEMAIS EXAMES NORMAIS,

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA, SUTURA. REAVALIADO PELA EQUIPE MEDICA, MEDICADO E LIBERADO

ALTA HOSPITALAR: 01/01/18
DATA DA EMISSÃO: 26/03/18


Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

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

Maca 2 - alto



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente						
ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA		Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714				
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO			
Número 86	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS				
Admissão						
Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214	Convênio SUS				
Especialidade PEDIATRIA	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Mero de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						05 FEV. 2019 PROTOCOLO JOAO PESSOA
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 32seg

Imprimir

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA		BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	CNS 898002744853714	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Prontuário
Endereço CAMPO SANTO, 86		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO	Nº Cons. Regional 2428/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 17:35:04		
Convênio SUS		Nº Matricula		Senha

Anamnese

MENOR VITIMA DE ACIDENTE DE BICICLETA COM MOTO HÁ 30 MIN ATRÁS COM MOTO APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE NO COTOVELO E , COM EDEMA NO OMBRO E E PATELA E COM ESCORIAÇÕES COM FACES DE SOFRIMENTO .NEGA DESMAIO ,CONVULSÃO E VOMITOS .GLASGOW 15

DIETA
DIETA, VIA ORAL
MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)
 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)
 (OBSERVAÇÕES: 5CC EV FE 6/6 HORAS)
 PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS (FRASCO 15ML), ADMINISTRAR 25,0 GOTA(S) VIA ORAL, 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

CUIDADOS

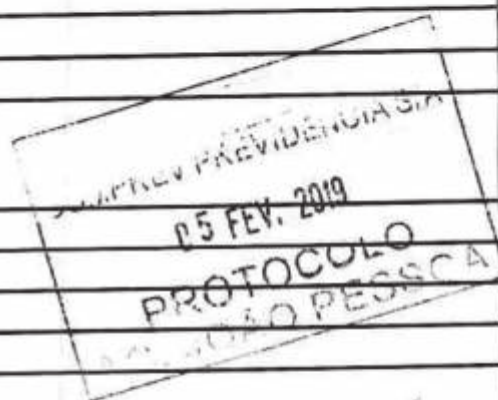
HGT 12/12HS
 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE?)
 SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
 SUTURA DE FERIMENTO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
 RADIOGRAFIA DE BACIA
 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP +LATERAL + AXIAL)
 ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL
 RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta
Em observação


Handwritten signature and date: 28



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA		BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	CNS 898002744853714	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Prontuário	
Endereço CAMPO SANTO, 86		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA		Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 18:43:20		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

Anamnese
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-BICICLETA APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO
 ESQUERDO E ERIMENTO SUPERFICIAL COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA
 CLAVÍCULA ESQUERDA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR

CD: TIPOIA MJ, PROFENID E CURATIVO ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA MJ FRATURA DE CLAVÍCULA OMBRO ESQUERDO)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

MICKAEL OLIVEIRA SILVA

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 06/01/18	ID da Ocorrência: 1936786	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 04	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 16:17 Hs	Hora de Chegada no Local: 17:15 Hs
Paciente / Usuário: Michael de Oliveira Silva				Idade: 09	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Logradouro: Jacquirim de Pa...				Bairro: Variadouro	Médico Regulador: Rodolfo	
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HEETSHU				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): 6558 PB 8559		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: Notas x R... ..	Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? Neg.

1. DADOS VITAIS

P.A.: _____ FC: **96** FR: **22** HGT: **1.70** SpO2 - S/O2: **96%** SpO2 - C/O2: **100%**

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Boa e Alegre a

05 FEV. 2018

PROTOCOLO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: **Doença**

Intervenções: **SSUV, AUP com SPL, Imobilização**

Evolução do Enfermeiro:

Reiniciar compressão cardíaca, Eupneico, não há batimentos cardíacos, apneico, não há movimentos no membro superior direito, não há movimentos no membro superior esquerdo, não há movimentos no membro inferior direito, não há movimentos no membro inferior esquerdo.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

H. Juliana, imobilização + Remoção p/ HEETSHU



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 01/01/18 17:53
Usuário: SAMARA ADJUTO
Boletim 1052454



Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº	1052454	Data Prescrição	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	Matricula										
SUS	Senha										
Validade da Prescrição											
01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V.		24H	
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação: 5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.		6/6H	
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL		6/6H	
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						




Samara Almeida
Pediatra
CRM-PB 8559

01 de Janeiro de 2018

MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO
CRM: 2428




Assinatura e Carimbo do Profissional

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA		Registro	1052454	Idade	9A 9M 29D
Localização	CONSULTÓRIO PEDIATRICO		Coleta Prévia de Cultura?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo			
1	CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	6/6 HS	7 Dias		
Indicação Terapeutica:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			
Indicação Profilática:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			
Doença Base:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA		Registro	1052454	Idade	9A 9M 29D
Localização	CONSULTÓRIO PEDIATRICO		Coleta Prévia de Cultura?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo			
1	CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	6/6 HS	7 Dias		
Indicação Terapeutica:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			
Indicação Profilática:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			
Doença Base:	FERIMENTO INFECTADO		Assinatura e Carimbo Médico:			

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

RECIBO
05 FEV. 2019
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Brasileira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

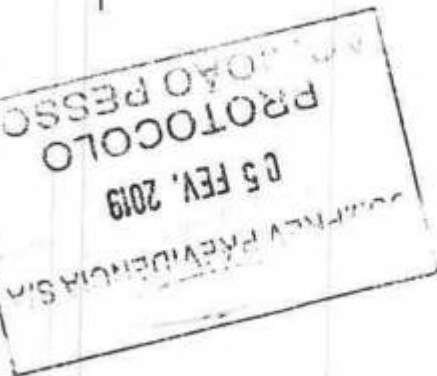
Data:	01/01/18 17:35
Usuário:	MARIA DE
Boletim	1052454



Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº	1052454	Nº Prontuário	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00										
Convenio	Matricula										
SUS	Benha										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V		24H	
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação: 5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.		6/6H	
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL		6/6H	
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

01 de Janeiro de 2018



MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO

CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 03/03/08.
NOME DA MÃE LUCIANA RIBEIRO DA SILVAN

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1052454
DATA DO ATENDIMENTO 01/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 17:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE BICICLETA/MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA E., POLITRAUMATISMO LEVE
CID 10 S42.0 , T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

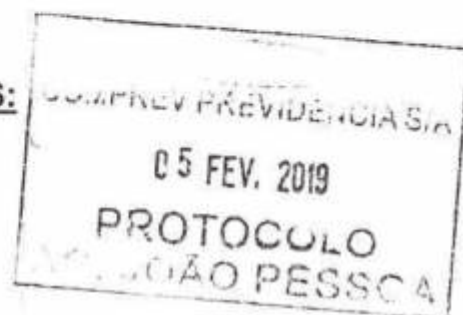
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW - 15. REFERE DOR NO OMBRO E., COTOVELO E., BACIA, JOELHO E., FERIMENTO NO COTOVELO E. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA,

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: BACIA, OMBRO E., JOELHO E., COTOVELO E.
USG DE ABDOME (FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX- FRATURA DE CLAVÍCULO E., DEMAIS EXAMES NORMAIS,



TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA, SUTURA. REAVALIADO PELA EQUIPE MEDICA, MEDICADO E LIBERADO

ALTA HOSPITALAR: 01/01/18
DATA DA EMISSÃO: 26/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

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

Maca 2 - alto



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1052454



Identificação do paciente						
ID 1247000	Nome MICKAEL OLIVEIRA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Pai ELIVALDO DOS SANTOS DE OLIVEIRA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) LUCIANA RIBEIRO DA SILVA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988185516	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002744853714				
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58011350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPO SANTO			
Número 86	Complemento		Bairro TRINCHEIRAS			
Admissão						
Data e Hora 01/01/2018 17:20:01	Número da pulseira 100006334214		Convênio SUS			
Especialidade PEDIATRIA	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Mero de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						05 FEV. 2019 PROTOCOLO JOAO PESSOA
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 32seg

Imprimir

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA		BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	CNS 898002744853714	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA				Prontuário
Endereço CAMPO SANTO, 86		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO	Nº Cons. Regional 2428/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01		Data/Hora Prescrição 01/01/2018 17:35:04		
Convênio SUS		Nº Matricula		Senha

Anamnese

MENOR VITIMA DE ACIDENTE DE BICICLETA COM MOTO HÁ 30 MIN ATRÁS COM MOTO APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE NO COTOVELO E , COM EDEMA NO OMBRO E E PATELA E COM ESCORIAÇÕES COM FACIES DE SOFRIMENTO .NEGA DESMAIO ,CONVULSÃO E VOMITOS .GLASGOW 15

DIETA
DIETA, VIA ORAL
MEDICAÇÃO

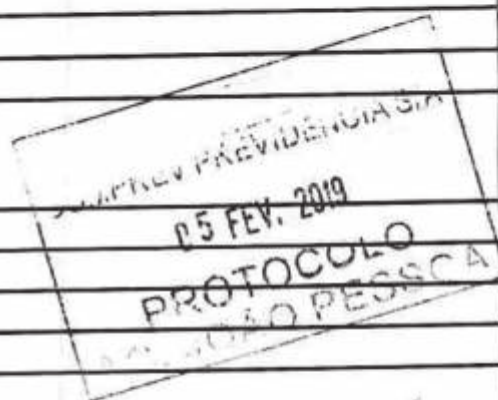
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)
 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)
 (OBSERVAÇÕES: 5CC EV FE 6/6 HORAS)
 PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS (FRASCO 15ML), ADMINISTRAR 25,0 GOTA(S) VIA ORAL, 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

CUIDADOS
HGT 12/12HS
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE?)
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
SUTURA DE FERIMENTO
EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
 RADIOGRAFIA DE BACIA
 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP +LATERAL + AXIAL)
 ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL
 RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta
Em observação


Handwritten signature and date: 28

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MICKAEL OLIVEIRA SILVA		BAE 1052454	Data/Hora Entrada 01/01/2018 17:20:01	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/2008	Idade 9	Sexo Masculino	CNS 898002744853714	Telefone de Contato (83) 988185516
Mãe LUCIANA RIBEIRO DA SILVA			Prontuário	
Endereço CAMPO SANTO, 86		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA		Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2018 17:20:01			Data/Hora Prescrição 01/01/2018 18:43:20	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

Anamnese
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-BICICLETA APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO ESQUERDO E ERIENTO SUPERFICIAL COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR

CD: TIPOIA MJ, PROFENID E CURATIVO ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA MJ FRATURA DE CLAVÍCULA OMBRO ESQUERDO)

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

MICKAEL OLIVEIRA SILVA

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 06/01/18	ID da Ocorrência: 1936786	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 04	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 16:17 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Michael de Oliveira Silva				Idade: 09	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: Joaquim de Paiva				Bairro: Varadouro	Médico Regulador: Rodolfo	
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HETSHL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): 6558 PB 8559 Médico Regulador		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: Hetero x Roubete	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	Hospital de Destino:
	Responsável:
	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? Neg.

1. DADOS VITAIS

P.A.: FC: 96 FR: 22 HGT: 1 SpO2 - S/O2: 96% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente consciente, orientado, eupórico, nega dor no corpo, nega vomito, apresenta 12 lacrimas no ombro @. encostado em estoveta @. sem dor, sem queixas no momento.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
 Diagnósticos de Enfermagem: Dor aguda
 Intervenções: SSUV, AUP com SPL, Imobilização
 Evolução do Enfermeiro:
 Paciente consciente, orientado, eupórico, nega dor no corpo, nega vomito, apresenta 12 lacrimas no ombro @. encostado em estoveta @. sem dor, sem queixas no momento.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
 H. Juliana, imobilização + Remoção p/ HETSHL.

05 FEV. 2018
PROTÓCOLO



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 01/01/18 17:53
Usuário: SAMARA ADJUTO
Boletim 1052454



Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	1052454	Data Prescrição	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	SUS										
Matrícula	01/01/2018 17:35:00 - 02/01/2018 17:35:00										
Senha											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V.		24H	
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação: 5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.		6/6H	
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL		6/6H	
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

Samara Almeida
Pediatra
CRM-PB 8559

01 de Janeiro de 2018

MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO
CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Registro	1052454	Idade	9A 9M 29D
Localização	CONSULTÓRIO PEDIATRICO	Coleta Prévia de Cultura?		()	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo		
1	CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	6/6 HS	7 Dias	
Indicação Terapeutica:	Dispensado pela Farmácia		Assinatura e Carimbo Médico:		
FERIMENTO INFECTADO	Farmacêutico:		Samará Medeiros Papaia CRM/PB 8559		
Indicação Profilática:					
FERIMENTO INFECTADO					
Doença Base:					
FERIMENTO INFECTADO					

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Registro	1052454	Idade	9A 9M 29D
Localização	CONSULTÓRIO PEDIATRICO	Coleta Prévia de Cultura?		()	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo		
1	CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	6/6H	6/6 HS	7 Dias	
Indicação Terapeutica:	Dispensado pela Farmácia		Assinatura e Carimbo Médico:		
FERIMENTO INFECTADO	Farmacêutico:		Samará Medeiros Papaia CRM/PB 8559		
Indicação Profilática:					
FERIMENTO INFECTADO					
Doença Base:					
FERIMENTO INFECTADO					

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

RECIBO
05 FEV. 2019
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	01/01/18 17:35
Usuário:	MARIA DE
Boletim	1052454



Nome	MICKAEL OLIVEIRA SILVA	Data de Nascimento	03/03/2008	Idade	9	Sexo	MASCULINO	Nº	1052454	Nº Prontuário	01/01/2018 17:35:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	Matricula										
SUS	Benha										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V		24H	
3 CEFALOTINA 1G	1.0	G	Observação: 5CC EV FE 6/6 HORAS	E.V.		6/6H	
4 PARACETAMOL	25.0	GTS		ORAL		6/6H	
5 HGT 12/12HS	0.0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0		Observação: TCE?				
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

01 de Janeiro de 2018



MARIA DE FATIMA GALVAO PATRICIO
CRM: 2428

Assinatura e Carimbo do Profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SERVICO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
72 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS DA COMARCA DE JOAO PESSOA
Q. 15 Lt. 03 S/N-Conj. RENASCER I
VARADOURO - JOAO PESSOA - PARAIBA
CEP 58011-290- Fone(83)3221-6832 -CGC 12.720.322/0001-94
Irene Gomes de Souza (Titular)
Francisca Gomes de Souza (Substituta)
Cleri de Lourdes Gomes Feliciano (Escrivã autorizada)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 16, sob o nº 8299, do livro nº A-29 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA,

do sexo masculino, ocorrido NO INSTITUTO CANDIDA VARGAS, NESTA CAPITAL. FEITO DE ACORDO COM A DNV DE N°. 40616266, no dia três de março de dois mil e oito, às 09:28 horas.

O registrando é filho

de	ELIVALDO SANTOS DE OLIVEIRA
	natural de JOÃO PESSOA - PB
e de	LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
	natural de NOVA CRUZ - RN

sendo avós

paternos EUDES FAUSTO DE OLIVEIRA
e ELIZA DOS SANTOS
e maternos JOSE RIBEIRO DA SILVA
e LUZIA ANTONIA DA CONCEICAO

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 4 de março de 2008.

O referido é verdade e dou fé.

JOAO PESSOA, 4 de março de 2008

DAO PESSOA, 4 de março de 2008

Luiz Gomes de Souza

IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL

7º Serviço Registral
Gomes de Souza
Inão Pessoa / PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<p>ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</p>		<p>REGISTRO GERAL 4.408.022 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/12/2015</p>	
<p>NOME LUCIANA RIBEIRO DA SILVA</p>		<p>RELACÃO JOSÉ RIBEIRO DA SILVA LUZIA ANTONIA DA CONCEIÇÃO</p>	
<p>NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN</p>		<p>DATA DE NASCIMENTO 25/04/1975</p>	
<p>DOC ORIGEM NASC.N. 7907 FLS. 117-V LIV. A-66 CARTÓRIO 2º DE NOVA CRUZ-RN</p>		<p>CPF 037.668.094-66</p>	
<p>ASSINATURA: <i>Luciana Ribeiro da Silva</i></p>		<p>ASSINATURA: <i>Marcelo A. B. Lopes Jr.</i> Chefe do Núcleo de Identificação</p>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0027 4485 3714

Nome: MICKAEL OLIVEIRA SILVA

Data de Nascimento: 03/03/2006

Sexo: M Data de emissão: 06/01/11 16:02

Município de residência: JOAO PESSOA - PB UF: PB

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0027 4485 3714

Nome: MICKAEL OLIVEIRA SILVA

Data de Nascimento: 03/03/2006

Sexo: M Data de emissão: 06/01/11 16:02

Município de residência: JOAO PESSOA - PB UF: PB

DATASUS

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA S.M.

05 FEV. 2013

PROTOCOLO

JOAO PESSOA

PROTOCOL
05 FEB. 2019

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome MARIA CINTIA GILLO DA SILVA
Matrícula 17295

Nome JOSE EDUARDO DA SILVA
Matrícula 17295

Nome KATIA DE LOURDES FERREIRA GILLO
Matrícula 17295

Nome SANTA RITA-PA
Matrícula 17295

Nome 29/11/24 - 358/PA
Matrícula 17295

Nome 01/08/2012
Matrícula 17295

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
LAI 13 DE JUN 1964

Nome MARIA CINTIA GILLO DA SILVA
Matrícula 17295

Nome JOSE EDUARDO DA SILVA
Matrícula 17295

Nome KATIA DE LOURDES FERREIRA GILLO
Matrícula 17295

Nome SANTA RITA-PA
Matrícula 17295

Nome 29/11/24 - 358/PA
Matrícula 17295

Nome 01/08/2012
Matrícula 17295

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SERVICO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
72 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS DA COMARCA DE JOAO PESSOA
Q. 15 Lt. 03 S/N-Conj. RENASCER I
VARADOURO - JOAO PESSOA - PARAIBA
CEP 58011-290- Fone(83)3221-6832 -CGC 12.720.322/0001-94
Irene Gomes de Souza (Titular)
Francisca Gomes de Souza (Substituta)
Cleri de Lourdes Gomes Feliciano (Escrivã autorizada)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 16, sob o nº 8299, do livro nº A-29 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA,

do sexo masculino, ocorrido NO INSTITUTO CANDIDA VARGAS, NESTA CAPITAL. FEITO DE ACORDO COM A DNV DE N°. 40616266, no dia três de março de dois mil e oito, às 09:28 horas.

O registrando é filho

de	ELIVALDO SANTOS DE OLIVEIRA
	natural de JOÃO PESSOA - PB
e de	LUCIANA RIBEIRO DA SILVA
	natural de NOVA CRUZ - RN

sendo avós

paternos EUDES FAUSTO DE OLIVEIRA
e ELIZA DOS SANTOS
e maternos JOSE RIBEIRO DA SILVA
e LUZIA ANTONIA DA CONCEIÇÃO

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 4 de março de 2008.

O referido é verdade e dou fé.

JOAO PESSOA, 4 de março de 2008

DAO PESSOA, 4 de março de 2008

Luiz Gomes de Souza

IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL

7º Serviço Registral
Gomes de Souza
Inão Pessoa / PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO GERAL 4.408.022	DATA DE EXPEDIÇÃO 14/12/2015
 		NOME LUCIANA RIBEIRO DA SILVA	
		FILIAÇÃO JOSÉ RIBEIRO DA SILVA LUZIA ANTONIA DA CONCEIÇÃO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN	DATA DE NASCIMENTO 25/04/1975
		DOB ORIGEM NASC.N. 7907 FLS. 117-V LIV. A-66 CARTÓRIO 2º DE NOVA CRUZ-RN CPF 037.668.094-66  Marcus A. B. Lopes Jr. Chefe do Núcleo de Identificação 14/12/2015 14:08:03	

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE


898 0027 4485 3714

Nome: MICKAEL OLIVEIRA SILVA

Data de Nascimento: 03/03/2006

Sexo: M Data de emissão: 06/01/11 16:02

Município de residência: JOAO PESSOA - PB UF: PB



DATASUS

CadeSUS

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA S.M.

05 FEV. 2019

PROTOCOLO

JOAO PESSOA



CONSULTIUS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luciana Ribeiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 4408022 inscrito no CPF sob o nº 03766809466, profissão CAMANEIRA, estado civil SOLTEIRA, residente e domiciliado na R. CAMPO SANTO, 34 - LAVADOURA, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, Telefone 83 98838-5536.

OUTORGADO(S): **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228; **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**, inscrita na OAB/PB nº 17.295;

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário LUCIANA RIBEIRO DA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 02 de OUTUBRO de 2018.



Luciana Ribeiro da Silva
OUTORGANTE

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

RECEBUEIRO
5 FEV. 2019
COLL
ASS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041907/19

Número do Sinistro: 3190097608

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 08/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
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-0041907/19

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA : 037.668.094-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 05/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
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-0059881/19

Vítima: MICKAEL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 037.668.094-66

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: LUCIANA RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANA RIBEIRO DA SILVA : 037.668.094-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

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

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: 18/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA