

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170513069 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES **Data do acidente:** 22/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÉNICA. FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA, ENCURTAMENTO RELATIVO DO OMBRO ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 1,5 CM, LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FORÇA ABDUTORA DO OMBRO GRAU II. CICATRIZ CIRÚRGICA ABDOMINAL POR LESÃO ESPLÉNICA..

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA E REALIZADO ESPLENECTOMIA E TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA TIPO HEMI J EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Esplenectomia, Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

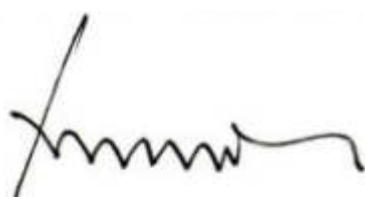
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPY2997

2017

JOSE CONSTANTIN

NPY2997

Último Licenciamento: 2017
Proprietário: JOSE CONSTANTIN
Placa: NPY2997
Combustível: GASOLINA
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
Ano de Fabricação: 2010
Ano Modelo: 2010
Categoria: PARTICULAR
Cor Predominante: CINZA
Vencimento Licenciamento: 29/09/2017
Observação:
Restrição:
Financeiro:
Município: PAULISTA
Situação: EM CIRCULACAO
Data da Consulta: 17/05/2017

PASSA / MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI

2010 2010

PARTICULAR CINZA

29/09/2017

PAULISTA

17/05/2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170513069 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES **Data do acidente:** 22/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Trauma abdominal + Lesão esplênica grau IV

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes: Esplenectomia

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano total do baço

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica hospitalar.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

MUNICÍPIO DE POMBAL - SEDE DA COMARCA
SERVIÇO REGISTRAL "GUIDMAR TAVARES FORMIGA"
Marcos Tavares Formiga Joaquina Dália Formiga Tavares
Oficial Oficial Substituta

CERTIFICADO DE CASAMENTO

Certifico que às fls. 248, sob o nº 10728, do livro nº B-28
de registros de casamentos, viu lavrado o assento de
casamento de **JAQUES RAMOS WANDERLEY** e **MAYARA MONIQUE**
PEREIRA QUEIROGA, contraído no dia dez de janeiro de dois
mil e sete, perante o Sr. Juiz de Direito em exercício Dr.
Antônio Maroja Limeira Filho e as testemunhas constantes do
termo.

O contraente é nascido em Pombal, Estado da Paraíba, a 6 de
maio de 1980, de profissão advogado, residente e
domiciliado na rua Cel. João Carneiro, 248, Pombal-PB,
filho de **ANINTAS DANTAS WANDERLEY** e **RELVANIA RAMOS**
WANDERLEY.

A contraente é nascida em Pombal, Estado da Paraíba, a 12 de
junho de 1988, de profissão estudante, residente e
domiciliada na rua Cel. João Carneiro, 58, Pombal-PB, filha
de **ISATAS QUEIROGA SOBRINHO** e **GUSGARA PEREIRA NUNES**
QUEIROGA.

A contraente em virtude do casamento, passará a usar o nome
de **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**.

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo
1.525, números I, III e IV do Código Civil brasileiro, e
adotado o regime Comum (Art. 1º da Lei de Bens).

Observações: registro lavrado em 10 de janeiro de 2007.

O referido é verdade e dou fé.

Pombal, 10 de janeiro de 2007

Marcos Tavares Formiga

SABEM SE CONDURA SAI
18 SET 2017

RECEBIDO

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente é cópia
fiel do original que cometi autenticando-o.
Em testemunho, na verdade,
Pombal-PB, *10/05/2014*

Maria de Lourdes Oliveira e Silva

ESCREVENTE

Cartório 1º Ofício - Pombal-PB.

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO DIRETA OU INDIRETA NÃO SERÁ VIGENTE.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

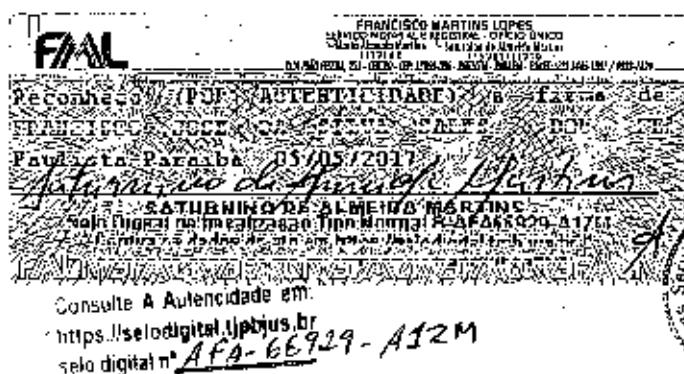
FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALES, BRASILEIRO, UNIÃO ESTÁVEL, AUTONOMO, CPF 353.035.708-19, RG 38.802.857-9, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA JOAQUIM FELIX DE MENEIROS, SIN, CENTRO, PAULISTA - PB.

OUTORGADO:

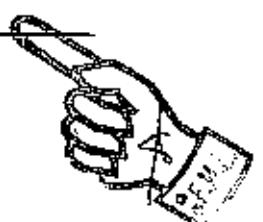
Dr. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY, brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal - PB.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALES, CPF: 353.035.708-19.

PAULISTA - PB, 05/05/2017



Francisco José da Silva Sales
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES** Sinistro: **3170513069** Data: **22/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAQUIM FELIX DE MEDEIROS, SN - CENTRO - Pombal - PB - CEP 58840-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **388028579**

Data local do exame: [**29/09/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÉNICA. FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA . AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA, ENCURTAMENTO RELATIVO DO OMBRO ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 1,5 CM, LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FORÇA ABDUTORA DO OMBRO GRAU II. CICATRIZ CIRÚRGICA ABDOMINAL POR LESÃO ESPLÉNICA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA E REALIZADO ESPLENECTOMIA E TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA TIPO HEMI J EM OMBRO ESQUERDO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Esplenectomia, Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Esplenectomia

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11712404

A/C: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170513069 ASL-0363759/17

Vitima: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Data Acidente: 22/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11720522

A/C: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Sinistro: 3170513069 ASL-0363759/17
Vítima: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES
Data Acidente: 22/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta n°: 11854701

A/C: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Sinistro: 3170513069 ASL-0363759/17
Vitima: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES
Data Acidente: 22/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000037348-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALGOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 38.802.857-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 12/02/04 E
 CPF (3)5(3)0(3)5(7)08-119 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO AUTONÔMO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALGOS. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

18 SET 2017

RECEBIDO

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34348-8

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

Dom Bical - PB, 27 de MAIO

de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 379/2017

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 22/04/17 hora: 17h:00min

Notificante: **FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES**, alcunha "TICO",
Nacionalidade: brasileiro, união estável, autonomo, naturalidade:
Boa Viagem/CE, nascido em 25/08/1979, documento: RG nº 38.802.857-
9, filho(a) de José Constantino de Sales e de Maria America da
Silva Sales, endereço: Rua Joaquim Felix de Medeiros, nº193,
Centro, Paulista/PB, referência: telefone para contato 83-9 9834
4277.

Sob a responsabilidade do(a) Bel^(a); HOMERO PERAZZO FILHO

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: anos, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento: , filiação:
e de , endereço: ***** , referência: .
Tel/Cel: () ;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data 22/04/17 o noticiante estava dirigindo a motocicleta modelo Honda/CG 150 Fan ESI, placa NPY 2997/PB, chassi 9C2KC1550AR137841, renavam 224196065, registrada em nome de José Constatino de Sales, quando nas imediações do Sítio Orodongo, Zona Rural de Paulista/PB ao passar por um mata-burro a motocicleta do noticiante ficou presa no mata-burro, fazendo com que o noticiante perdesse o controle dela e caisse na via; Que após a queda o noticiante foi socorrido por uma pessoa (que não sabe o nome e tem um filho chamado Tiago) até o Hospital Local na cidade de Paulista/PB, para receber os primeiros socorros. Nada mais a consignar.

São Bento, 04 de Maio de 2017. Às 16:30 horas.

Frances we have for sale - Salers

Notificante

Testemunha: Assinado

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SACES, portador da carteira de identidade nº 38.502.857-9 SSP / SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 353.035.408-19, residente e domiciliado na Rua JOAQUIM FELIX DE MEDEIROS, S/N, CENTRO, POMBAL - PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Francisco José da Silva Saces

Assinatura do declarante



conforme documento de identificação

POMBAL - PB, 17 de MARÇO de 20 17.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 00000037348-8

Nr. da Autenticação F38A7D740849C866

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SAGESRG nº 38.802.857-9 data de expedição 12 / 02 / 2004, órgão SSP / SP,CPF nº 353.035.708-19, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOAQUIM FELIX DE MEDEIROS</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58840-000</u>
Telefones de contato	<u>(83) 999746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB 17 / 05 / 2017Assinatura do Declarante: Francisco José da Silva Sages

EPINETE MARTINS DOS SANTOS
RUA JACQUES FELIX DE MEDEIROS, 541 - CENTRO
PAULISTA/SP/CNPJ 50.000.000/0457-7771

Classe: Subch. P751 Lote: 161 (Bem Vindo à Hora Móvel da Energia) - 9.291.000,00 (Linha Verde) - 0800-083-0196
Endr. R. 212 - CEP: 03040-000
Telefone: (010) 8085707 - E-mail: 51040212
Nº de Conta: 05714100001 - Nro. de Agente: 0500041304
Endereço: Rua JACQUES FELIX DE MEDEIROS, 541 - CENTRO
Cidade: São Paulo - Estado: São Paulo - CEP: 03040-000

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/84130-4

Canal de contato

Abr / 2017

Apresentação

10/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

11/05/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05714100001	2003/12	11154	000/0/0	11154	30

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 0 a 30kWh-BR	30	0,14288	4,28
Consumo 31 a 100kWh-BR	10	0,3088	3,12
Consumo 101 a 200kWh-BR	8	0,05882	0,46
Adm. B. Anuidade			0,70
Adm. B. Vermelha			0,64
Subsídio			22,35
ICMS			0,55
PIS			0,02
COFINS			

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)	DEPOIS DE MURADOU17	0,19
	MULTA04/2017	1,60
	Devolução Bens do	-27,65

Mar/17	155
Fev/17	155
Mar/17	191
Dez/16	207
Nov/16	181
Out/16	188
Sep/16	172
Agosto/16	144
Jul/16	104
Jun/16	108
Maio/16	152
Abr/16	147

	BASE DE CÁLCULO	AL. QUOTA	VAL. QUOTA
ICMS	71,30	27,82	10,25
PIS	71,30	3,0733	0,65
COFINS	71,30	4,7413	0,34

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,44

Mês das despesas

155

5458.669c.1dc3 b167 70e4 5e9a.01d3 bb4a.

Indicadores de Qualidade 2/2017-Faixa II

Límites de ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)
DC MENSAL	8,27	0,00
DC Anual	7,50	
DC Anual	20,00	ACM/NL
FIC MENSAL	3,35	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,72	0,00
FIC ANUAL	10,45	LIMITA-FERIUS
DCM	2,71	0,00
DCM	17,22	LIMITA-SUPERLAT

Descrição	Vídeo (R\$)	4 (R\$)
Serviço de Internet - Vídeo	9,15	18,14
Comodato Internet	11,35	10,40
Comodato Internet	0,62	1,25
Entrega Sistemas	3,86	7,12
Impressora/Estampadora	26,11	40,19
Caixa Safra	0,00	1,00
Total	50,44	100,00

Valor total: R\$ 50,44 - Data: 18/04/2017 - 10:25:29-2017

ATENÇÃO

Este boleto é emitido para a ENERGISA, tendo um desconto de R\$ 22,65.
Leia o comprovante.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYARA HONÍQUE QUEIROGA WANDERLEY,

RG nº 3141.039, data de expedição 11/09/2012, Órgão SSP/PIB,

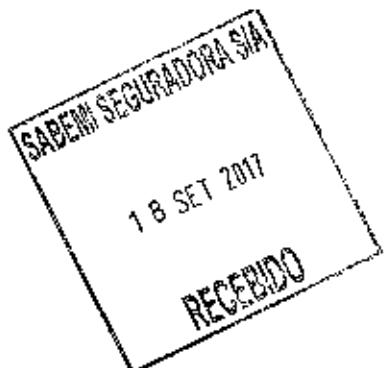
CPF nº 059.842.774-09, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>
Número	<u>219</u>
Apto / Complemento	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	<u>PETRÓPOLIS</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999746322 (83) 981988766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL - PB, 17.05.2017

Assinatura do Declarante: Mayara Honique Queiroga Wandery





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cônio, 225 - Jardim do Rio João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.694/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70682232

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS	MAR/2017
--	----------

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEI. FCO. DA SILVA ALMEIDA 219 - ESCRITÓRIO
PETROPOLIS 58840-000
POMBAL.

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Basical	Corrente	Interna	Externa	
112.04.115.0005	0	0	1	0	0	80222450
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto	
0	31/12/1999	0	LIGADO		POTENCIAL	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
0 0 0 30 07/04/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NUMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

COR	10	39	, 37
TURB10EZ	46	46	46
COLIFORMES	46	46	46
CLORO	46	46	46
MÉDIA(%)	0	DADOS REFERENTES A OUT/2016	

DATA DA LEITURA: 09/03/2017 HORA DA LEITURA: 07:55:22
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL R\$1
COMERCIAL CONSUMO ATÉ 10h 10 65,74 R\$65,74

VALOR APROXIMADO DE TIBUTOS, R\$6,08 PIS E COFINS. LEI 12.741/12
VENCIMENTO: Total a Pagar:
23/03/2017 R\$65,74

v.16.10 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:NÃO REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:SEM HISTÓRICO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	MAR/2017	23/03/2017	R\$65,74

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

SABEM SEGURODORA S/A
18 SET 2017
RECEBIDO

DECLARAÇÃO

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu MAYARA HONIGUE QUEIROGA WALTERLEY, portador(a) do RG nº 3141039, expedido por SSP/PI, em 11 / 09 / 2012, CPF/CNPJ nº 059.842.774-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALES, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ DEPENDENTE

Documentos comprobatórios: IMPOSTO SOBRE A RENDA

Mayara Honigue Queiroga Walterley
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



NOME: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08
DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA
EXERCÍCIO 2016 ANO-CALENDÁRIO 2015

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY CPF: 032.976.134-08
Data de Nascimento: 06/05/1980 Título Eleitoral: 0025797531201
Possui cônjuge ou companheiro(a)? Sim CPF do cônjuge ou companheiro(a): 059.842.774-09
Houve mudança de endereço? Não
Um dos declarantes é pessoa com doença grave ou portadora de deficiência física ou mental? Não
Endereço: Rua. TABELIAO JOSE VIEIRA DE Número: 284
QUEIROGA
Complemento: CASA
Município: Pombal Bairro/Distrito: PETROPOLIS
CEP: 58840-000 UF: PB
Natureza da Ocupação: 11 - Profissional liberal ou autônomo sem vínculo de emprego
Ocupação Principal: 241 Advogado
Registro profissional:
Tipo de declaração: Declaração de Ajuste Anual Original
Nº do recibo da última declaração entregue no exercício de 2015: 415798293927

CONFIDENCIAL

DEPENDENTES

CÓDIGO	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF
21	BARBARA QUÉIROGA WANDERLEY	30/12/2010	111.363.114-75
31	MARIA RAMOS DA SILVA	19/12/1938	440.484.914-15
11	mayara monique queiroga wanderley	12/06/1968	059.842.774-09

TOTAL DE DEDUÇÃO COM DEPENDENTES

6.825,24

CONFIDENCIAL

SABEM SEGURODORA S/A
18 SET 2017
RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE CONSTANTINO DE SALES,
RG nº 4.388-720, data de expedição 09/12/15,
Órgão SS051/PB, portador do CPF nº 851.796.804-25, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA, nº S/N,
complemento POPULARES, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES, cujo o condutor era
FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES.

Veículo: PAS/MOTOCICLE

Modelo: HONDA/CG 150 FAN GSZ

Ano: 2010

Placa: N PY 2997/PB

Chassi: 9C2KC1550AR137841

Data do Acidente: 22/04/2017

Local e Data: PAULISTA-PB, 05.05.2017

Jose constantino de Sales
Assinatura do Declarante



Francisco Jose da Silva Sales

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FAL
FRANCISCO MARTINS LOPES
LEVO NOTARIAL E RECITAL - OFÍCIO ÚNICO
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - 58010-000 - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3445-1397 - Cel: (83) 98841-1000
e-mail: levonotarial@bol.com.br
www.levonotarial.com.br
Responsible: (POR AUTENTICIDADE) - Firma da: JOSE
CONSTANTINO DE SALES - 1000 - PT.
Paulista-Paraíba, 05/05/2017
Francisco Jose da Silva Sales
80791990 DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital da Notariação de São Paulo Notarial - SFA-66927-WERC
Poder: Attestar a autenticidade da assinatura
Poder: Attestar a autenticidade da assinatura

Consulte a Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº AFA-66927-WERC



Entrevista 3 - Nível 01

QUINTO

HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ES: 2613530 CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 5041
ME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
ENDERECO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000
ADE: PAULISTA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Márcia AMERICA DA SILVA SALES

Data: 25/08/1979 Idade: 37 Cor: N-INF.

Sexo: M

Agric平or(A)

RAIMUNDO DANTASUA PROJETADA

CENTRO

PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907

Num.: S/N

Fone:

Identidade: 38802857

Reg. Nasc.:

Receptionista: BARTOLOMEU

3311

VO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

Acidente de moto
Dor no fôrme anterior

DIAGNÓSTICO

Cld.

Caracterização Atendimento

REZA DA CONSULTA

Consulta simples

Consulta com medicamento

Consulta com observação

Consulta ortopédica

TIPO DE ATENDIMENTO

- Urgência/Emergência (com Proc.)
- Primeira consulta
- Consulta Subsequente
- Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade
- Consulta c/ referência p/ outra unidade

AÇÃO

escrita
cada

ENCAMINHAMENTO

- | | |
|---------------|-------------------|
| P/ Observação | P/ outro Hospital |
| P/ Residência | Internação |
| P/ Amb. SUS | Óbito |
| | Outros |



Serviços Realizados

CBO

IDADE

REALIZADOS NA UNIDADE

SOLICITADOS

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

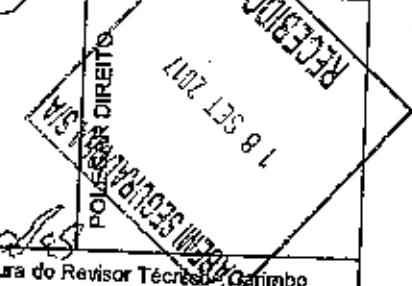
HORÁRIO

- 1 - *Heltarex 75 - FA* 08:00
 2 - *505% - 500 ml EV* 10:00
 3 - *Campal B - via Síno - na hora*
 4 - *Glicol 250 ml no 8020* 13:00
 5 - *Bluscopan 100 mg AD EV* 22:00

Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo

Dr. Maria Santander Pereira Carreiro
Médico CRM(PB) - 2035
OPE: 260.226.21-53

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável



Faço constar que a paciente é de São
A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

PACIENTE: Francisco José da Silva Sales

DATA: 22/04/2017

QUEIXA PRINCIPAL: Dor lombar

ESTADO GERAL:

- () Grave () Regular () Bom () Hidratado () Desidratado () Febril () Afebril () Aclanótico
() Aclanótico () Palidez () Anictérico () Ictérico () Corado () Deambulado () Acamado

DINTA:

Acomodado () Sim () Não Tipo () Livre () Líquida () Branda () Pastosa

RECINE:

Preservada: () Sim () Não

NÍVEL DE CONSCIENCIA:

- (x) Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso
() Torporoso () Letárgico () Calmo () Agitado () Selado

DOR: () Não (x) Sim Local: Tórax / anteriores () Leve (x) Moderada () Severa

RESPIRATÓRIO:

(x) Eupnélico () Dispnélico () Taquipnélico

Tosse: () Presente () Ausente () Seca () Produtiva Início: _____ / _____

CARDIOVASCULAR:

Ritmo: () Regular () Irregular () Taquicárdico () Bradicardíaco

P脉: () Filiforme () Cheio () Ausentes

GASTROINTESTINAL:

Abdome: () Flácido () Tenso () Distendido () Doloroso () Plano () Globoso () Ascítico

GÉNITOUREINÁRIO:

Diurese: () Escassa / tânea () SVD

Volume: () Normal () Anúricos () Oligúricos () Poliúricos () Polaciúricos

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Enfermeiro - COREN

22/04/2017 - 18:00 - Paciente admitido queixando-se de dor lombar, após sofrer acidente de moto. Aliviado EGR, consciente, orientado, eupneico, deambulando. Realizou náuseas, agitado pela dor. Medicado com. Segue em observação. *Angela Joamidá de S. Oliveira*
Enfermeira
COREN 084.670

Enfermeiro - COREN

23/04/2017 - 06:00 - Paciente evolui com EGR. Persiste as queixas de dor na região do tórax e abdômen. Aguarda realização de tomografia computadorizada do tórax. *Angela Joamidá de S. Oliveira*
Enfermeira
COREN 084.670

Enfermeiro - COREN

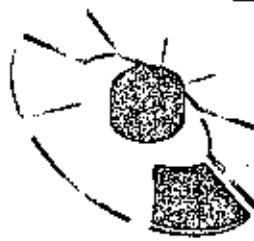
SABEM SEGURO D'ÁGUA

18-SET-2017

RECEBIDO

Enfermeiro - COREN

SINAIS VITAIS



Paciente: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES

Nº do Paciente: 1700001078

Data de Nascimento: 25/08/1979

Solicitante: Dr. José Herminio de Sousa Neto

Data do Exame: 27/04/2017

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DO ABDOME E PELVE

INDICAÇÃO CLINICA:

Trauma abdominal.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste. Previamente ao exame não foi realizada opacificação do trato gastrointestinal.

RESULTADO:

Fígado de dimensões e contornos usuais apresentando líquido livre peri-hepático e no espaço subfrênico.

Baço com dimensões usuais, apresentando hematoma subcapsular junto ao polo inferior esplênico, de aspecto heterogêneo pelo método.

A não administração de contraste intravenoso prejudica a identificação de lacerações em órgãos sólidos.

Pequena quantidade de líquido nas goteiras parietocólicas.

Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Pâncreas com dimensões, contorno e densidade normais ao estudo sem contraste.

Adrenais de formas, densidades e dimensões normais.

Rins de contornos e dimensões normais, sem cálculos ou dilatação do sistema coletor.

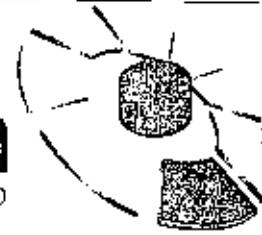
Ausência de imagens compatíveis com linfonodomegalias.

Aorta de calibre e contornos normais.

Bexiga com boa capacidade e contornos regulares.

Não há evidências de processo expansivo pélvico.





CONCLUSÃO:

Figado de dimensões e contornos usuais apresentando líquido livre peritoneal e no espaço subfrênico.

Baço com dimensões usuais, apresentando hematoma subcapsular junto ao polo inferior esplênico, de aspecto heterogêneo pelo método.

A não administração de contraste intravenoso prejudica a identificação de lacerações em órgãos sólidos.

Pequena quantidade de líquido nas goteiras parietocólicas.



Assinado Eletronicamente por: Dr Nelson Cabral Junior | CRM 6561-SC através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 27/04/2017 17:53:23 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo do instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser ampliadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico dentista para qualquer esclarecimento necessário.



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Francisco José da Silva Soares

DN: 2510811979

PRONT. N°: 1423512

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: 28/04/2017

ALTA: 01/05/2017

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico) Paciente com história de acidente de moto há 03 dias queixando-se de tortura e dor em hemitórax direito. Exame: abdome doloroso na pré-pacote de hipocôndrios (6)

2. Resultado dos principais exames

Vide flexograma.

3. Evolução e complicações Paciente evoluiu sem complicações, diurético, sem quedas. Fez exames de rotina sem alterações, sem síncope e dormiu normalmente.

4. Terapêutica realizada Cefazolina 2g, sintomáticos

Inventário da cura: grande quantidade de venas na cura da ferida de base grau IV.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo) (1) Trauma expônico grau 2V (2) Exploratório (28/04/17)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso Prescreve anti-inflamatório. Orienta retorno dos portaria com 15 dias e retorno para o ambulatório de cirurgia com 30 dias. Reapresentar em caso de piora clínica.

7. Condições de alta

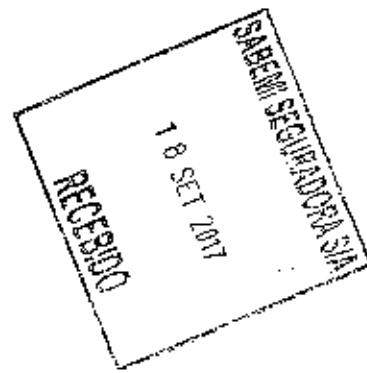
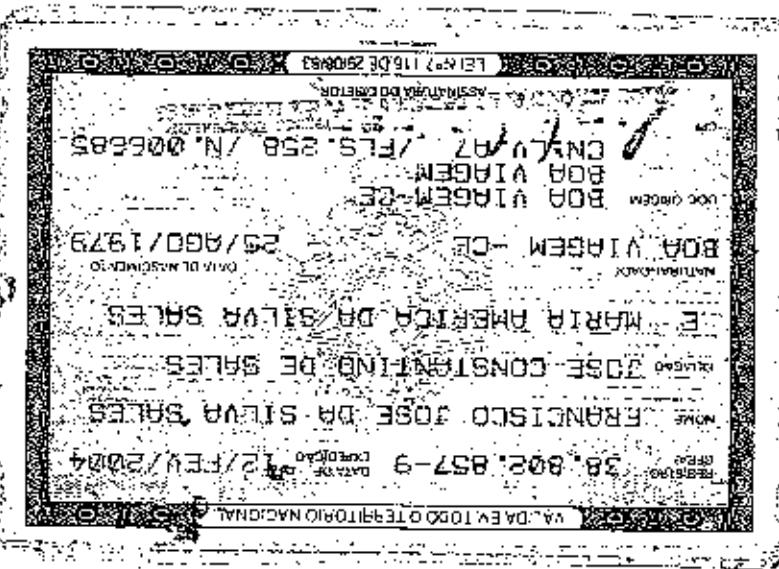
 Curado A pedido Óbito Melhorado Transferido para: _____

18/05/2017

RECUPERADO
RECUPERADO

Campina Grande, 01 de Maio de 2017

Responsável pelo resumo



RECEIVED

1891

SABEMI SEGUIMENTO AS
SABEMI SEGUIMENTO AS





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 353.035.708-19

Nome: **FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES**

Data de Nascimento: **25/08/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/02/2004**

Dígito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **11:06:20** do dia **15/09/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1055.9A1A.1DCE.3AB0**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
ARTIGO 100, § 1º, V, DA LEI 8.213/91

Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

Documentos/Identidade: 3341039 Série: PB

CPF: 059.842.774-09 Data Nascimento: 12/06/1988

Endereço:
KHAIAS QUEIROGA
SOBRINHO
JUHANA PENETRA SQUEDA
QUEIROGA

Estado: PB
Município: PB
Data de Emissão: 20/09/2007

04391502350 03/09/2027

Assinatura: Mayara Monique Wandery

Plastificada: 629555924

Plastificada: 629555924

Assinatura: Rosângela Corrêa / lho
Data: 11/09/2012
Assinatura: 78396152013
CPF: 00024787869

