

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 ESPLÊNICA. 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 ESPLÊNICA..

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:

Estado da Paraíba
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Departamento Estadual de Trânsito
Divisão de Registro de Veículos



15466

JAZANIAS

15:21

10/04/2017

10/04/2017

10/04/2017

10/04/2017

10/04/2017

10/04/2017

10/04/2017

Jazanius D. Barb

Chefe do Posto de Trânsito

Paulista-PB

Mat 1546-6

JOSE CONSTANTINO DE SALES

PAULISTA



DETRAN

Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

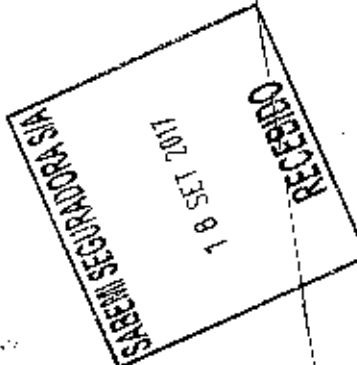
DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

NOME: JOSE CONSTANTINO DE SALES		CPF: 85179680425		Nº DE LICENÇA: 2017041020023290	
PLACA: NPY2997	VEICULO: 9C2KC1550AR137841	CONTRIBUICAO: 224196065	DATA DE EMISSAO: 30/04/2017	DATA DE VENCIMENTO: 10/04/2017	VALOR: 535,16

DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS

TRANSF. PROPRIEDADE	120,12
LICENCIAMENTO 2017	139,68
BOMBEIRO 2017	20,95
VISTORIA 10042017	68,91
SEG. OBRIGATORIO 2017	185,50



NADA CONSTA SALVO MULTAS EM TRAMITACAO/SUSPENSO OU EM OUTRO ORGAO
EMISSAO 48 HS APOS PGTO/
DATA RECIBO: 10/04/2017
PROCESSO 201722000022973
RESPONSAVEL: JAZANIAS

DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

Usuário / DETRAN

NOME: JOSE CONSTANTINO DE SALES		CPF: 85179680425		Nº DE LICENÇA: 2017041020023290	
PLACA: NPY2997	VEICULO: 9C2KC1550AR137841	CONTRIBUICAO: 224196065	DATA DE EMISSAO: 30/04/2017	DATA DE VENCIMENTO: 10/04/2017	VALOR: 535,16

TRANSF. PROPRIEDADE LICENCIAMENTO 2017 BOMBEIRO 2017 VISTORIA

Taxa:	328,71	Multa:	00,00	Bombeiro:	20,95
IPVA:		Seguro:	185,50	Cost. Conf. Titulo:	00,00
Med. Ins. Seg.	2017	0	0	0	0

PROCESSO 201722000022973
RESPONSAVEL: JAZANIAS

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPY2997

2017

JOSE CONSTANTIN

Imprimir Consulta

NPY2997

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI

2010 2010

PARTICULAR CINZA

29/09/2017

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: JOSE CONSTANTIN

Placa: NPY2997

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2010

Ano Modelo: 2010

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: CINZA

Vencimento Licenciamento: 29/09/2017

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: PAULISTA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 17/05/2017

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

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

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que às fls. 248, sob o nº 10728, do livro nº B-28 de registros de casamentos, foi lavrado o assento de casamento de **JAKES 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. Antonio 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 **RILVANIA 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 **ISAIAS QUEIROGA SOBRINHO** e **GUSSARA 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 de Bens.

Observação: registro lavrado em 10 de janeiro de 2007.

O referido é verdade e dou fé

Pombal, 10 de janeiro de 2007

Marcos Tavares Formiga



AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente é cópia fiel do original que confere autenticando - 1.
Em testemunho da verdade:
Pombal-PB, 18/05/2014

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO ANULADA

Maria Octaviana de Menezes Lima e Silva

ESCREVENTE

Cartório 1º Ofício - Pombal-PB.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

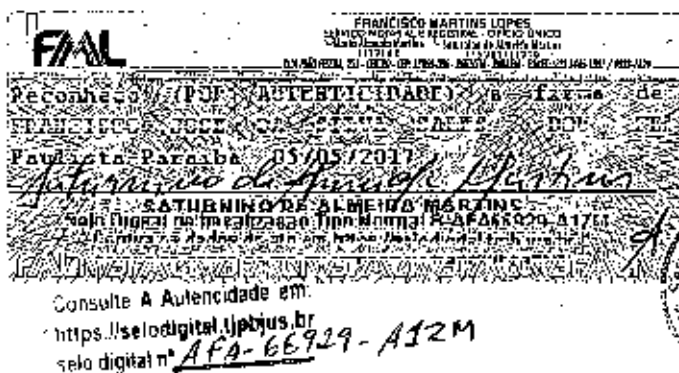
OUTORGADO:

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.

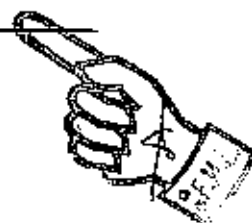
PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido 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 substabelecer 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 ESPLÊNICA. 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 ESPLÊNICA..

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 susceptível 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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):

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 nº: 11854701

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.: 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 braço 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 SALESPORTADOR(A) DO RG Nº 38.802.857-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 12/02/04 ECPF (3)(5)(3)(0)(3)(5)(7)(0)(8)-(1)(9) / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0432 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37348-8

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.

DOMBAL - PB, 17 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

Francisco José da Silva Sales

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 médico-hospitalares**.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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, autônomo, 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, nº 193,
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:() ;

HISTORICO 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 caísse 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.

Francisco Jose da Silva Sales

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL

SABEM SEGURADORA S/A

18 SET 2017

RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SAGES, portador da carteira de identidade nº 38.802.857-9 SSP / SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 353.035.708-19, 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 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 Sages

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação



POMBAL - PB, 17 de MAIO de 20 17.

Paulista

Emergentes 3 Maio 01

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



ES: 2813530 CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 5041
VE: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
DEREÇO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000
ADE: PAULISTA ESTADO: PARAIBA UF: 25
Idimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
ente: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES
c: MARIA AMERICA DA SILVA SALES
cimento: 25/08/1979 Idade: 37 Cor: N.INF. Sexo: M
issao: AGRICULTOR(A)
arco: RAIMUNDO DANTASUA PROJETADA Num.: S/N
o: CENTRO Fone:
da: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907
Identidade: 38802857
Reg. Nasc.:
Recepcionista: BARTOLOMEU 3311
/ Hora: 22/04/2017 17:28:50

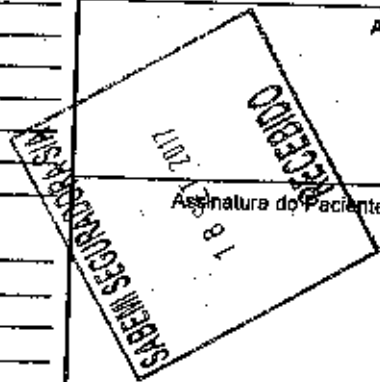
IVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME
*Teste de acidente de trânsito
Doi no fôro anterior*

DIAGNÓSTICO
Cid.

Caracterização Atendimento
TIPO DE ATENDIMENTO
☐ Urgência/Emergência (com Proc.)
☐ Primeira consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade
☐ Consulta c/ referencia p/ outra unidade

CAÇÃO
ENCAMINHAMENTO
☐ P/ Observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS
☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Óbito
☐ Outros

Serviços Realizados		CBO	IDADE
REALIZADOS NA UNIDADE			
SOLICITADOS			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS			
HORÁRIO			
1-	<i>Valtaren 75 - EM</i>		
2-	<i>505% - 500 ml EV</i>		
3-	<i>Camp 15 - no 800</i>		
4-	<i>gli 2 amp no 800</i>		
5-	<i>Buscopan 1 amp + AD EV</i>		
6-	<i>Ne/uno</i>		
7-	<i>22/60</i>		
Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo			
<i>Dr. Maria Santana Pereira Carneiro</i> Médica CRM(PB) - 2043 CPF: 260.225.214-53			
Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável			
<i>Jose Constantino Bezales</i>			
Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo			
Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo			



POLEGAR DIREITO

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: 000000037348-8

Nr. da Autenticação F38A7D740849C866

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALESRG 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOAQUIM FELIX DE MEDEIROS</u>
Número	<u>514</u>
Apto/Complemento	<u></u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</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 Sales

EDINETE MARTINS DOS SANTOS
RUA JOAQUIM FELIX DE MOURA, 581 - CENTRO
PARAÍSA (PR) CEP: 50000-000

Classificação: RESIDENTAL - 1500VA
Relatório: 8/04/2017
Emissão: 08/04/2017

ENERGISA S.A. - 0800 083 0196
CNPJ: 06.940.110/0001-00

Endereço: Rua da Energia, 100 - JARDIM AGRADO
Código para Dúvidas Automáticas: 0000041304

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

CPE/ CNPJ/ RANI

35714100001

35714100001

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 30/03/17 Leitura: 11154	Data: 10/04/17 Leitura: 11252	1	108	20

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 300kWh-BR	30	0,14286	4,28
Consumo de 31 a 100kWh-BR	10	0,3418	3,418
Consumo de 101 a 200kWh-BR	8	0,35807	2,86
Adc. B. Anatel			0,70
Adc. B. Veracidade			0,64
Subtotal			22,85
ICMS			18,28
PIS			0,65
COPINS			3,02

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)

Consumo de 300kWh-BR	3,19
MULTA 2017	1,68
Despesa Sinalizada	27,65

Mar/17	155
Fev/17	165
Jan/17	191
Dez/16	207
Nov/16	181
Out/16	188
Set/16	172
Ago/16	144
Jul/16	104
Jun/16	68
Mai/16	162
Abr/16	147

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	71,30	27,00	19,25
PIS	71,30	0,033	2,35
COPINS	71,30	4,74%	3,37

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

18/04/2017

R\$ 50,44

MéTODO DE CÁLCULO

155

5458.659c.1dc3 b167 70e4 5e9a.01d3 bb4a.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Paralelo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC. NENHA	8,27	0,00	ACM. NENHA	220
DIC. AMES. NENHA	7,50			
DIC. AMJ. NENHA	25,06	0,07	CON. NENHA	230
DIC. MENHA	3,75		LMITE INFERIOR	230
DIC. TRIMES. NENHA	6,72		LMITE SUPERIOR	230
DIC. AMJ. NENHA	13,46			
DIC. AMJ. NENHA	3,71	0,00		
DIC. AMJ. NENHA	17,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Instalação e Manutenção	3,15	18,18
Manutenção Preventiva	17,35	70,00
Manutenção Corretiva	0,62	1,25
Manutenção de Emergência	0,60	1,12
Manutenção de Emergência	24,11	48,00
Manutenção de Emergência	0,00	0,00
Total	50,44	100,00

Verificação de Qualidade 2/2017 - Paralelo

ATENÇÃO

Se houver qualquer dúvida, favor entrar em contato com o Serviço ao Cliente, telefone 0800 083 0196.

Leia e confirme





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYANA MONIQUE QUEIROGA WARDENCEY

RG nº 3141039, data de expedição 11/09/2012, Órgão SSP/PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>
Número	<u>219</u>
Apto / Complemento	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	<u>PETROPOLIS</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 17.05.2017

Assinatura do Declarante: Mayana Monique Queiroga Wardenney



**CAGEPA**COMPANHIA DE AGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Fátima Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 06.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME SEU NÚMERO

MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA 219 - ESCRITORIO
PETROPOLIS 58840-000
POMBAL.

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
112.04.115.0005	0	0	1	0	0	80272450
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

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

HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

COR 10 39 37

TURBIDIEZ 46 46 46

COLIFORMES 46 46 46

CLORO 46 46 46

MÉDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: OUT/2016

DATA DA LEITURA: 09/03/2017 HORA DA LEITURA: 07:55:22

DESCRIÇÃO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

COMERCIAL CONSUMO ATE 10m 10 65,74 R\$65,74

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6,08 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/03/2017

Total a Pagar:

R\$65,74

v. 16.10 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: SEM HIORTIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

NÃO 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 AUTO
MÁTICO.

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70682232

MAR/2017

23/03/2017

R\$65,74

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **



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 MAYANA MONIQUE QUEIROGA WANDENLEY, portador(a) do

RG nº 3141039, expedido por SSP/PB, em

11 / 09 / 2012, CPF/CNPJ nº 059.842.774-09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO JOSE

DA SILVA SALES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima FRANCISCO JOSE 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

Mayana Monique Queiroga Wandenley
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 **Bairro/Distrito:** PETROPOLIS
Município: Pombal **UF:** PB
CEP: 58840-000 **DDD/Telefone:** (83) 3431-1825

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 QUEIROGA 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	12/06/1966	059.842.774-08

TOTAL DE DEDUÇÃO COM DEPENDENTES

6.825,24

CONFIDENCIAL

SABEM SEGURADORA 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 SSDS/PB, portador do CPF nº 851.796.804-25, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA, nº S/N,
complemento POVLADES, 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 EST
Ano: 2010
Placa: NPY 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)

FNL
FRANCISCO MARTINS LOPES
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR - OFICINA ÚNICA
Rua Francisco Martins, 111 - Fátima - 51.100-000 - Recife - PE
CNPJ nº 16.094.711/0001-01
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE
CONSTANTINO DE SALES. DOB PE.
Paulista-Paraíba, 05/05/2017
Saturnino de Almeida Martins
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital da Inscrição Tipo Notarial - 3FA66927-WERC
Proteção de dados da ata em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº 3FA66927-WERC



Empenho 3 Nível 01



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

ES: 2813530 CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 5041
ME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
XEREÇO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000
ADE: PAULISTA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Idioma: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: FRANCISCO JOSE DA SILVA SALES
Mãe: MARIA AMERICA DA SILVA SALES
Data de Nascimento: 25/08/1979 Idade: 37 Cor: N.INF. Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: RAIMUNDO DANTASUA PROJETADA
Bairro: CENTRO Num.: S/N Fone:
Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907

Data e Hora: 22/04/2017 17:28:50
Identidade: 38802857
Reg. Nasc.:
Recepção: BARTOLOMEU 3311

VO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

Retorno de acidente de moto
Do no fôrese anterior

DIAGNÓSTICO

Cid.

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/ referencia p/ outra unidade
☐ Consulta c/ referencia p/ outra unidade

ACÇÃO

Prescrita
cada

ENCAMINHAMENTO

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



Serviços Realizados

CBO

IDADE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- 1- Voltaren 75 - IM 10:00
2- 505% - 500 ml EV 8
3- 2 comp B - no 8:00 - 11:00
4- 2 comp B - no 8:00 - 11:00
5- 2 comp B - no 8:00 - 11:00
6- 2 comp B - no 8:00 - 11:00
7- 2 comp B - no 8:00 - 11:00

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

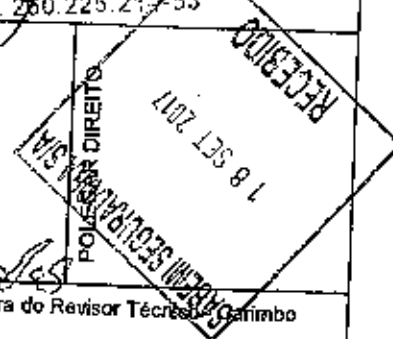
Dr. Maria Santana Pereira Carneiro
Médica CRM (PB) - 20445
CPF: 260.225.214-53

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

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 Torácica

ESTADO GERAL:

() Grave (X) Regular () Bom () Hidratado () Desidratado () Febril () Afebril () Acianótico () Cianótico () Palidez () Anictérico () Ictérico () Corado (X) Deambulando () Acamado

DIETA:

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

RIE:

Preservada: () Sim () Não

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Letárgico () Calmo () Agitado () Selado

DOR:

() Não (X) Sim Local: Tórax anterior () Leve (X) Moderada () Severa

RESPIRATÓRIO:

(X) Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico

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

CARDIOVASCULAR:

Ritmo: () Regular () Irregular () Taquicárdico () Bradicárdico

Pulso: () Filiforme () Cheio () Ausentes

GASTROINTESTINAL:

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

GENITOURINÁRIO:

Diurese: () Eupúrica () SVD

Volume: () Normal () Anúrico () Oligúrico () Poliúrico () Polaciúrico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

22/04/2017 - 18:00 - Paciente admitido querendo-se de dor torácica após sofrer acidente de moto. Realizado ECG, consciente, orientado, eupnéico, deambulando. Realizado raio-x. Prescrito pela médica. Medicado com segue em observação. Ângela Joamãria de S. Oliveira
Enfermeira
COREN/PA 224.870

23/04/2017 - 06:00 - Paciente evolui com ECG. Persiste a queixa de dor na região do tórax e abdômen. Aguardando realização de tomografia computadorizada de tórax. Ângela Joamãria de S. Oliveira
Enfermeira
COREN/PA 224.870

Enfermeiro - COREN

Enfermeiro - COREN

SABEM SEGURADORA S/A
18 SET 2017
RECEBUI



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 CLÍNICA:

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 pólo 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:

Fígado de dimensões e contornos usuais apresentando líquido livre perihepático 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 da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/odontista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Francisco João da Silva Sales

DN: 25/08/1979

PRONT. Nº: 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 dor no hemitórax esquerdo. Ao exame: abdome doloroso à palpação de hipocôndrio (E)

2. Resultado dos principais exames

Vide fluxograma.

3. Evolução e complicações Paciente evoluiu sem complicações, diambulando, sem queixas. Feuda exploratória com bandos bem implantados, sem sinais de fístula ou drenagem. Neoptiva.

4. Terapêutica realizada Cefazolina 2g, sintomáticos

inventário da cavidade: grande quantidade de sangue na cavidade com ferida de baco grau IV.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo) (1) Trauma esplênico grau IV (2) Esplenectomia (28/04/17)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso Prescrevo anti-inflamatório. Oriento retorno dos pontos com 15 dias e retorno para o ambulatório de cirurgia com 30 dias. Retornar em caso de piora clínica.

7. Condições de alta

☐ Curado☐ A pedido☐ Óbito☒ Melhorado☐ Transferido para:

Campina Grande, 01 de Maio de 2017

Responsável pelo resumo



MINISTÉRIO DA FAZENDA
RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Identificação

353.035.708-19

Nome

FRANCISCO JOSÉ DA SILVA SALES

Nascimento em

25/08/2010

RECEBIDO
18 SET 2017
SABEM SEGURIDADE S/A



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**

Digito Verificador: **00**




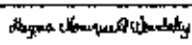
Comprovante emitido às: **11:06:20** do dia **15/09/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1055.9A1A.1DCE.3AB0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE		
CONTRATO DE LOCAÇÃO DE IMÓVEL		
NOME: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY		
	DOCUMENTO / IDENTIFICAÇÃO: 1141039 SEP PR	
	CPF: 059.842.774-09 DATA NASCIMENTO: 12/06/1988	
	NOME: MAYARA QUEIROGA SOBRINHO JUBIANA PEREIRA MENEZ QUEIROGA	
	ENDEREÇO: XXXXXXXXXX XXX XXXXX	
CÓDIGO: 00001562350 03/09/2017 20/09/2007		
 ASSINATURA DO LOCATÁRIO		
LOCAL: SOMMA, PR DATA: 11/09/2012		
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: Rodrigo Pereira 78396153013 08024787868		

SABEM SEGURADORA S/A
18 SET 2017
RECEBIDO