

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180304078**

Vítima: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304078**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13061548



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180304078**

Vítima: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180304078** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**  
Nº Sinistro: **3180304078**  
Vitima: **LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **04/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180304078**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13136202



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Carta nº: 13266006

A/C: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304078  
Vítima: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO  
Data do Acidente: 04/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

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: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 000000104186-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Bene[ciário] entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Bene[ciário] entre 16 e 17 anos - Necessário que o Bene[ciário] seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do bene[ciário]. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Bene[ciário]") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.229.284-03	Nome completo da vítima LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO
---------------------------	---------------------------------	--

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 086.229.284-03	Profissão CARTEIROS E DECANIA
Endereço RUA JOZEFINA		Número 51N	Complemento
Bairro ALTO DO NATEL	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58090-000
Email CONSULT-JLS.ADVOCADOS@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 83 8836-7663

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> PEDIR INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NFO _____ AGÊNCIA NFO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NFO _____ D/V _____ 1033 _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NFO _____ D/V _____ 104186 _____ 9 (Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 03 de JULHO de 2018  
Local e Data

*Luciano Caetano do Nascimento*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.229.284-03	Nome completo da vítima LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 086.229.284-03	Profissão CARTEI E DESCARGA
Endereço R. INDEPENDÊNCIA		Número 51N	Complemento
Bairro ALTO DO HATELS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58090-000
Email CONSULT.FUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 33 98886-7661

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

AGÊNCIA NRQ 1033	D/V	CONTA NRQ 00304186	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
BANCO Nome	NRQ
AGÊNCIA NRQ	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 02 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

*Luciano Caetano do Nascimento*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180304078  
Nome do(a) Examinado(a): Luciano Caetano do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N  
Alto do Mateus Joao Pessoa PB CEP: 58090-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3501965  
Data local do acidente: [ 04/03/2018 ]  
Data local do exame: [ 13/08/2018 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**

**Data da Alta: 14/07/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NO OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 seqüela 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):

**OMBRO - Lado Direito**

% 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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

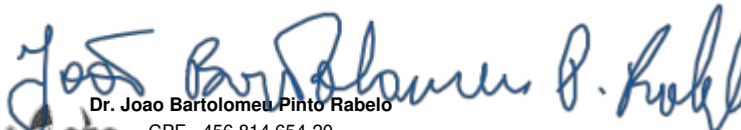
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01156.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01156.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:27 horas do dia 18 de junho 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 **Luciano Caetano do Nascimento**, CPF nº 086.229.284-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Carga e Descarga, filho(a) de Iracema Caetano dos Santos e Miguel Ferreira do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) João Nascimento da Silva, Nº 42, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Por Trás do Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98886-7661.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Cardoso Vieira, Estação Ferroviária, Estação Ferroviária, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/18 02:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

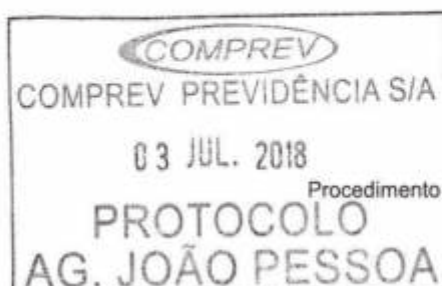
QUE, segundo o notificante no dia 04/03/2018, por volta das 02:20 horas, quando transitava na rua Cardoso Vieira, próximo a estação ferroviária, nesta Capital PB; QUE segundo o notificante vinha no carona do veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CB 300, ano e modelo: 2013 de cor vermelha, placa OFY 1446/PB, chassi nº 9C2NC4910DR015047, registrado em nome de Thiago Gomes de Medeiros, CPF nº 067.766.604-76; QUE segundo o notificante veículo este pilotado por Jessica Josias de Medeiros, CPF nº 060.436.304-43; QUE ao chegar no endereço acima citado o veículo veio a derrapar no asfalto, vindo a cair ao chão piloto e o carona; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42.0

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

João Pessoa/PB, 18 de junho de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO  
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

086.229.284-03

Data do Acidente

04/03/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

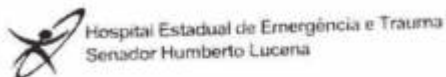
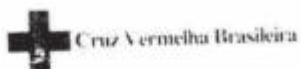
JOÃO PESSOA, 03 de JULHO de 2018  
Local e Data

*Luciano Caetano do Nascimento*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

Boletim de Atendimento: 1066663



### Identificação do paciente

ID 1267108	Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO	Sexo Masculino
Data de nascimento 04/09/1996	Idade 21 anos 6 meses	Estado civil Prontuário
Mãe IRACEMA CAETANO DOS SANTOS	Pai MIGUEL FERREIRADO NASCIMENTO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) BIANCA MARTINS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987380928	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3501965	Nº Cns
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

### Endereço

CEP 58084066	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antônio Alves de Moraes
Número SN	Complemento	Bairro Jardim Veneza	

### Admissão

Data e Hora 04/03/2018 03:38:04	Número da pulseira 1000000616937	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
<p>Dados clínicos</p> <p>Paciente deu entrada na área vermelha, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, eupneico, 2 ambientes Hx, diurese espontânea.</p>						
Diagnóstico						CD
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 01min 01seg



04/03/2018 03:41

# 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: 15/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000104186-4

---

Nr. da Autenticação C5F55CE563B21486

JOSEILDO GALDINO DOS SANTOS  
RUA PRINCEZADA, 511 - ALTO DO MATEUS  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000-000 (AO: 1)

Emissão: 28/03/2018 Referência: Fev / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro 18 - 1 - 186 - 5890 Nº medidor: 0000385881

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.096.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.922-0

Não Fiscal - Conta de Energia ENEHA 1002.899.421  
Cód. para DIB. Autenticação: 0000833140

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Fev / 2018 28/02/2018 29/03/2018 93064934449  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/583314-0

#### Canal de contato

- Ligar ou chamar no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não esqueça a fazer o seguro. Dê um banho de segurança.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde  
Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/18	8169	28/02/18	8296		127	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc.	Alig. Imposto (R\$)	Subst. Calc. Fe (R\$)
						Calculo (R\$)
						Por Consumo (R\$) (1,1250%) 5,109 R\$
0801	Consumo em kWh	131.000	0,741880	97,18	27,19	27,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			3,89	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,08	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			1,89	0,00	0,00
CC	Código de Classificação do Item	TOTAL		102,83	27,19	27,19

Média últimos meses (kWh)  
101

VENCIMENTO  
07/03/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 102,83

#### Histórico de Consumo (kWh)

118 | 104 | 112 | 102 | 95 | 89 | 93 | 27 | 111 | 99 | 81 | 114  
Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18

#### RESERVADO AO FISCO

a708.481c.6ddf.5807.fedb.d3a8.e7f8.0d52

#### Indicadores de Qualidade

12/2017 - RadeBops

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	4,55	0,00	
DIC TRIMESTRAL	5,91		
DIC ANUAL	10,82		
PIC DIMENSIONAL	2,23	0,00	
PIC TRIMESTRAL	8,41		
PIC ANUAL	12,95		
DMC	2,77	0,00	
DICR	12,22		

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	24,81	24,19
Compra de Energia	29,33	28,62
Serviço de Transmissão	3,80	3,70
Encargos Setoriais	8,97	8,86
Impostos Diretos e Serviços	35,02	34,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	102,83	100,00

Valor de EUB (Ref. 12/2017) R\$ 21,47

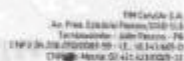
- Letra confirmada

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





CLIENTE: 1.65481234

NÚMERO: 3378118988

DEBITO AUTOMÁTICO: 0000000165481214002

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pelo TIM no Brasil

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA, sociedade e alteração de sua forma social para "TBN SA", não se responsabiliza por qualquer utilização ou proveimento dos serviços mediante o conteúdo.

Servicing TIME S.A.

TIM FICO BRASS, TOTAL PLUS

yale.edu

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83-4143-2336  
GRANDE CONTABILIDADE

### PLANOS CONTRATADOS

**TIM FIXO BRASIL: 50% DA PL**

THE PAPER CONTAINS 100 PAGES

*(continued)*

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Iluminado		1	31	1997 a 1998	49,90
		1	31	1998 a 1999	Incluido
Total de Planos Contratados					49,90

Para sua circulação, a obra foi avaliada e aprovada, sob seu termo, pela Comissão Nacional de Classificação de Obras de Referência, tendo sido aprovada para circulação. Para mais informações, visite [www.cnpq.gov.br](http://www.cnpq.gov.br).

NOME DO CLIENTE \_\_\_\_\_

CASSIO ASSISI E SPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE CÍRCULO AUTOMÁTICO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FROM THE INTERNATIONAL

TWO IN THE TROUSERS

DATA DE VENCIMENTO

— 308 —

UPLA, INC.

### STATISTICAL ANALYSIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS  
DE TELECOMUNICAÇÕES

WJAH:000000000000

**TIM S.A.**

TIN SA.

Dr. Rodríguez de Aguirre, 187 João Pessoa PB  
Cidade do Rio Grande do Norte

EMISSÃO: 13/04/2018

REFERÊNCIA: ABN/2018

FILED IN: TSM3(2018) A 18/04/2018  
CCTP-3.101

CFOP: 3.303

**ENDEREÇO FISCAL**

CASSIO ASSIS ESPINOLA  
CPF/CNPJ- 02592540440  
CANTAD JOSE PESSOA, 402, CASA  
JACUAREME  
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
131M FIO BRASL TOTAL PLUS	1	10%	1,00%	15,00
				TOTAL TIM S.A. 35,00
ICMS	Alíquota 10%	Base de Cálculo R\$95,00		
PIS/COFINS	Alíquota 1,00%		10,50	

Reservado ao Fisco: SEI21811.1061.7100 FVIO 004.8101.0002

[illegible]

## MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse meuEdu.com.br. Central de Atendimento: 10341

## COUNT ONLINE TIME

Mude agora mesmo para o Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MARIA GUTHIA GUILLO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 026229284 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026229284 / 03, 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 JOSE PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>LAGUARIBE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULT.VS.ADVOCADOS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 4141-2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 98663-0588</u>

JOÃO PESSOA, 03 de JULHO de 2018  
Local e Data

Maria Guthia Guillo da Silva  
Assinatura do Declarante







## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, THIAGO GOMES DE MEDEIROS,  
 RG nº 3148552, data de expedição 21/08/03,  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 067.766.604-76, com domicílio  
 na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARRIBA,  
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA FORTALEZA, BARRIO: GROTAO, nº 20,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO cujo o condutor era  
JESSICA JOSIAS DE MEDEIROS.

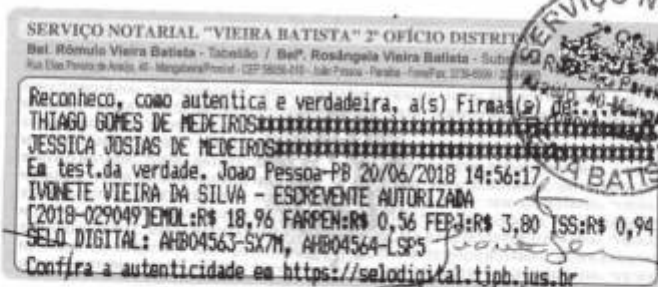
Veículo:	MOTO
Modelo:	CB300 R
Ano:	2013
Placa:	OXY-1446
Chassi:	9C2NC4910DRO15047
Data do Acidente:	04/03/2018/R. CARDOSO VIEIRA, VARADOURO

João Pessoa, 20 de JUNHO de 2018

  
Thiago Gomes de Medeiros  
 Assinatura do Declarante

  
Jessica J. de Medeiros  
 Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	04/09/96
NOME DA MÃE	IRACEMA CAETANO DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.066.663
DATA DO ATENDIMENTO	04/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	03:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, referindo dor em ombro direito, torax e abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura incompleta de clavícula direita.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito  
RX de braço direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de terço distal da clavícula direita.

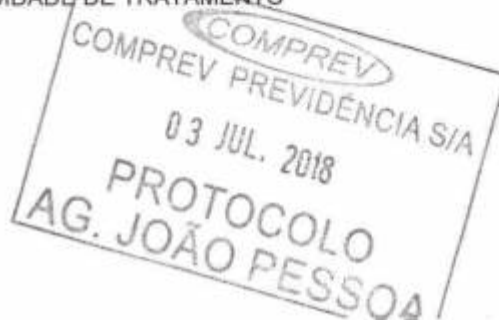
### TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial.

ALTA HOSPITALAR:	04/03/18
DATA DA EMISSÃO:	15/05/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

## Alta a Pedido no Pronto Atendimento



HEETSHL

Pelo presente instrumento particular, eu, Luciana Coutinho do Nascimento,  
portador(a) do RG nº 3501965, responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_  
que se encontra no Pronto Atendimento  
deste Hospital, assumo inteira responsabilidade pela saída do(a) mesmo(a), sem que o médico tenha  
liberado a alta hospitalar.

Atendimento: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 04 de 04 de 2018.

Luciana Coutinho do Nascimento

Responsável

RG: 3501965

Testemunha

RG: \_\_\_\_\_

Testemunha

RG: \_\_\_\_\_







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO</b>		BAE <b>1066663</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2018 03:38:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>04/09/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987380928</b>
Mãe <b>IRACEMA CAETANO DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>Antônio Alves de Moraes, SN</b>		Bairro <b>Jardim Veneza</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>		Nº Cons. Regional <b>10942/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2018 03:38:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/03/2018 03:49:14</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha	

### Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. RELATA DOR EM OMBRO DIREITO (APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO LOCAL DA DOR). NEGA DESMAIO, VÔMITO, TONTURAS. REFERE ALERGIA A PARACETAMOL.

SEM DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS.

ESTÁ CONSCIENTE, ORIENTADO, LÚCIDO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO.

ABDOMEN NDN.

TÓRAX NDN.

SEM DEFICIT MOTOR APARENTE.

SOLICITO: RX OMBRO E BRAÇO DIREITO.  
PARECER DA ORTOPEDIA.

ALTA DA CIRURGIA GERAL E A DISPOSIÇÃO PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO.

### MEDICAÇÃO

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

DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL(AMPOLA 3ML), ADMINISTRAR 3,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MG/TS)

### CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

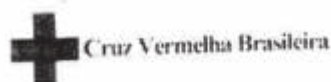
### CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

### Conduta

Em observação

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/03/2018 03:39:05



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO</b>		BAE <b>1066663</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2018 03:38:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>04/09/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987380928</b>
Mãe <b>IRACEMA CAETANO DOS SANTOS</b>			Prontuário	
Endereço <b>Antônio Alves de Moraes, SN</b>		Bairro <b>Jardim Veneza</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE</b>	Nº Cons. Regional <b>165843/SP</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2018 03:38:04</b>			Data/Hora Prescrição <b>04/03/2018 09:23:17</b>	Senha
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matricula		

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 26 HORAS  
QUIEXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO  
AO EF: ESCORIAÇÕES NO OMBRO E COTOVELO DIREITO, ADM MNATIDA, PORÉM, DOLOROSA, NVC  
PRESERVADO  
RX: FRATURA INCOMPLETA TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA  
CD: SOLICITO NOVOS RX PARA MELHOR AVALIAÇÃO

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

### Conduta

Em observação

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Diego Dantas L. Albuquerque  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB-8047  
FEOT 15489  
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE  
(CRM: 165843/SP)

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/03/2018 03:39:05







BME

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO</b>		BAE <b>1066663</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2018 03:38:04</b>	Data Baixa <b>2018-03-04 11:02:07.0</b>
Data de nascimento <b>04/09/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987380928</b>
Mãe <b>IRACEMA CAETANO DOS SANTOS</b>			Prontuário	
Endereço <b>Antônio Alves de Moraes, SN</b>		Bairro <b>Jardim Veneza</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE</b>		Nº Cons. Regional <b>165843/SP</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2018 03:38:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/03/2018 11:02:09</b>		
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 26 HORAS  
 QUIEXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO  
 AO EF: ESCORIAÇÕES NO OMBRO E COTOVELO DIREITO, ADM MNATIDA, PORÉM, DOLOROSA, NVC  
 PRESERVADO  
 RX: FRATURA INCOMPLETA TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA  
 CD: SOLICITO NOVOS RX PARA MELHOR AVALIAÇÃO  
 RECEBO RAIOS: FRATURA INCOMPLETA TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA  
 CD: TIPOIA EM "8"  
 ANALGESIA  
 ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?**Conduta**

Alta médica

**Alta Hospitalar**
 Usuário  
**DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE**  
 Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**
Data e Hora  
**04/03/2018 11:02:07**

Observações

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

 Diego Dantas L. Albuquerque  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM PB 8047  
 RPPS 35589

 DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE  
 (CRM: 165843/SP)

 REALIZAR TIPOIA "8" E CONTINUA  
 ANTES DO ALTA


Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/03/2018 03:39:05



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO</b>		BAE <b>1066663</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2018 03:38:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>04/09/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987380928</b>
Mãe <b>IRACEMA CAETANO DOS SANTOS</b>			Prontuário	
Endereço <b>Antônio Alves de Moraes, SN</b>		Bairro <b>Jardim Veneza</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>10942/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2018 03:38:04</b>			Data/Hora Prescrição <b>04/03/2018 03:57:53</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula			Senha
<b>Anamnese</b> SOLICITO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA EM REGIÃO MENTAL. RPARECER BUCO-MAXILO + SUTURA.				
<b>CUIDADOS</b> SUTURA DE FERIMENTO SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)				
<b>Conduta</b> Em observação				

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM: 10942/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Recusa de procedimento!!!  
R. Moura

Paciente <b>LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO</b>		BAE <b>1066663</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2018 03:38:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>04/09/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987380928</b>
Mãe <b>IRACEMA CAETANO DOS SANTOS</b>			Prontuário	
Endereço <b>Antônio Alves de Moraes, SN</b>		Bairro <b>Jardim Veneza</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RENATA MOURA XAVIER DANTAS</b>		Nº Cons. Regional <b>4525/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2018 03:38:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/03/2018 18:01:23</b>		
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha
<b>Anamnese</b> REALIZADA SEGUNDA TENTATIVA DE SUTURA DE FERIMENTO EM REGIÃO DE MENTO. PACIENTE NEGA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO, E ASSINA TERMO DE RESPONSABILIDADE.				
<b>Conduta</b> Em observação				

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Dra. Renata Moura Xavier Dantas  
Cirurgia Bucocomaxilofacial  
CRO-PB 4525RENATA MOURA XAVIER DANTAS  
(CRM: 4525/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/03/2018 03:39:05



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 1. 11. 2018	ID da Ocorrência: 10037	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: <u>Wagner de Jesus</u>				Idade: <u>45</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: <u>3333-3333</u>
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"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Logradouro: <u>Av. ...</u>				Bairro: <u>...</u>	Médico Regulador: <u>...</u>	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____						
Apoio no Local: <input checked="" 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): <u>...</u>						Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): <u>...</u>

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: _____			Hospital de Origem: _____
<b>▷ CAUSAS EXTERNAS</b> ▷ Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" 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"/> Solterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ <b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

**1. DADOS VITAIS**

P.A.: 120/80 FC: 78 FR: 16 HGT: --- SpO2 - S/O2: 98% SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

Diagnósticos de Enfermagem: ...

Intervenções: ...

Evolução do Enfermeiro: ...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

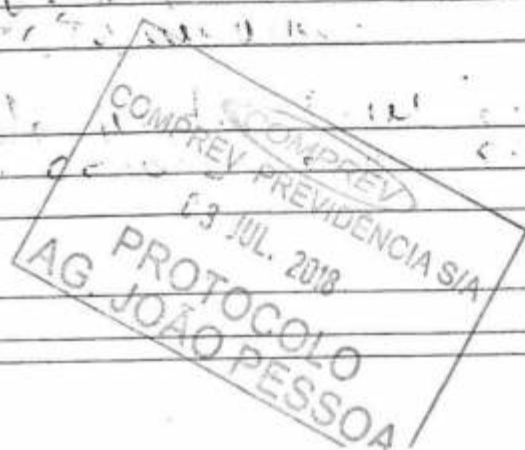
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 04/03/18 03:57  
Usuário: ALISSON

Boletem 1066663



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição	
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO	04/09/1996	21	MASCULINO	1066663		04/03/2018 03:57:53	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição					
		04/03/2018 03:57:00 - 05/03/2018 03:57:00					
Convenio	Matricula	Senha					
SUS							
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0		Observação: BUCOMAXILO				

04 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional





# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 04/03/18 03:49  
Usuário: ALISSON  
Boletim 1066663  


## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO	04/09/1996	21	MASCULINO	1066663		04/03/2018 03:49:14
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
		04/03/2018 03:49:00 - 05/03/2018 03:49:00				
Convenio	Matricula	Senha				
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	03:50
2 DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL (AMPOLA 3ML)	3.0	ML		INTRAMUSCULAR		AGORA	
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500.0	ML		E.V.		AGORA	1º
4 AFERIR PA E FC	0.0						
5 PARÉCER ORTO	0.0						

04 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional





# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		
Data de 04/09/1996	Nº Boletim Emergência 1066663	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO		
<p>04 03 18 4:43 LB</p>		

04 de Março de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) profissional copiar separados para imagem e laboratório análise clínica





# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		
Data de 04/09/1996	Nº Boletim Emergência 1066663	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)		
AP VERDADEIRO Perfil e escapula Axilar		
Diego Dantas L. Albuquerque Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 8047 TEOT 15589		
OMBR0 04 MAR 2018 10:23 h Mina dy		

04 de Março de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



\*A prescrição deve ser assinada pelo médico e acompanhada pelo enfermeiro.





**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

*Luciano Caetano do Nascimento*

L-237

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 3.501.965 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/03/2016

NOME  
**LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO**

FILIAÇÃO  
**MIGUEL FERREIRA DO NASCIMENTO  
IRACEMA CAETANO DOS SANTOS**

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
**JOÃO PESSOA-PB 04/09/1996**

DOC ORIGEM  
CERT. NASC. Nº72655 - LIV.A-67 - FLS.105V - CARTORIO 4º JOÃO PESSOA-PB

CPF  
086.229.284-03

*Marcelo A. B. Lacerda Jr.*  
Chefe do Departamento de Identificação

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO 29/08/83

B+

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DENATRAN LACRE 0036951374	DETRAN - PB		Nº 013026919526
	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
	VIA	COD. FISCAL	EXERCÍCIO
	1 0054362772-1	00/00000000	2017
	NOME		
	THIAGO GOMES DE MEDEIROS		
	CPF / CNPJ		PLACA
	06776660476		OPY1446/PB
	PLACA ANT. / UF	CHASSI	
	NOVO PB	9C2NC4910DR015047	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CE 300 R		2013/2013	
CAP. POT. / CIL		CATEGORIA	
250 P/291 /CI		PARTIC	
		COR PREDOMINANTE	
		VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
000000/0000		1º	
PARCELAMENTO / COTAS		2º	
0		3º	
PREMIO TAFIARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		SEGURO P A 6* O 31/05/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
0			
JOAO PESSOA-PB		DATA	
13730		19/06/2017	
78444			

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
13 JUL. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180304078 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NO OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, RESULTOU EM DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180304078 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Luciano Barros do Nascimento  
**NACIONALIDADE:** João Pessoa PB **ESTADO CIVIL:** solteiro  
**PROFISSÃO:** Gestor e Engenheiro **Nº DO RG:** 3501.465  
**ORGÃO EMISSOR:** SSDS **DATA DE EMISSÃO:** 03/03/2016  
**Nº CPF:** 076.229.284-03 **ENDEREÇO:** R: Puytado s/n  
Alto da Mateus CEP: 58000-000

**OUTORGADO:** MARIA CINTIA GRILLO DA SILVA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CADADA  
**PROFISSÃO:** ADVOGADA **Nº DO RG:** 17295  
**ORGÃO EMISSOR:** OAB/PB **DATA DE EMISSÃO:** 06/06/2012  
**Nº CPF:** 053.690.444-29 **ENDEREÇO:** AV. CAPITÃO JOSE PESSOA,  
602 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO, 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 - PB, 28 de JUNHO de 20 18.

Luciano Barros do Nascimento **CARTÓRIO**  
Assinatura  **VIEIRA BATISTA**

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bat. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bat. Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua Dias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - CEP 58040-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3334-0001 / 3334-4990

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:  
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Em testada verdade. João Pessoa-PB 28/06/2018 10:27:37  
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
[2018-030070]JENCL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHB12084-BR0D  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

