
Rio de Janeiro, 06 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 GRILLO 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** 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, 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 GRILLO 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.seguradoraslider.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 GRILLO 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



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Carta n°: 13266006

A/C: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304078
Vitima: LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 04/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO 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%

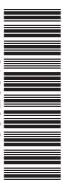
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoraslider.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:

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

086.229.224-03

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 086.229.224-03	Proibição CONTA E DESCONTA
Endereço RUA PROFESSORA	Número 51	Complemento
Bairro ALTO DO NATAL	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email CONSULT.FLS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	Telefone (DDD) 83 8886-7663	

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"/> RECUSO 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 | |

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº. 1033	D/V _____	CONTA Nº. 104126	D/V 4
------------------------	--------------	------------------------	----------

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____	Nº _____		
AGÊNCIA Nº. _____	D/V _____	CONTA Nº. _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(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 outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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	Nome completo da vítima
	086.229.284-03	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 CARIGA E DESCARGA
Endereço R. VIDA ETERRAIA	Número 515	Complemento
Bairro AUTO DO NATEUS	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email CONSULTAUS.ADVOCADO@GMAIL.COM	CEP 52090-000	Telefone (DDD) 83 9886-7661

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1033	D/V	CONTA NRO. 00104186	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

"Poupança PREVIDÊNCIA"
"2018"
"100% COLO"
"100% PESO"

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

Lúcio Batista de Oliveira

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 Vítimas 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 Projeta, 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (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 DEFÍCIT 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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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
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 integra: 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de junho de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2018
Procedimento Policial: 01156.01.2018.1.00.420
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 036.229.284-03	Data do Acidente 04/03/2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name 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 §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 03 de Abril de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 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	Religião
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	Lagradouro Antônio Alves de Morais
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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente deu entrada na área vermelha, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, eupnico, 2 ambientes HR, diurese espontânea.

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

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

JOSENILDO GALDINO DOS SANTOS
RUA PROLETÁRIA, 314 - ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AD: 1)

Emissor: 28/03/2018 Referência: Fev / 2018
Classe/Séries: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Rotero: 12 - 1 - 186 - 0880 N° medidor: 000058331401



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rodovia BR-101 KM 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.366.182/0001-40 insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°002 899 431
Cód. para Dib. Automatizado: 000058331401

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 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/583314-0

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Pode de chamar um eletricista de confiança. Não é pra que a fazer isso? De um banho de segurança.
- Chama os vizinhos e amigos e andre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 29/01/18 Leitura 8169	Data 29/02/18 Leitura 8286		131	30

Demonstrativo

CCI - Descrição	Quantidade Total(kWh)	Válida Base Calc.	Alta: Iota(m³)	Baixa: Cxto Fixo(R\$)	Outro(R\$)
0801 Consumo em kWh	131.000 8.741830	97,12	97,19	27	26,23
0802 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					97,18
0803 CONTRIBUÍTIVOS PÚBLICA		2,89	0,00	0	0,00
0804 JUROS DE MORA 01/2018		0,08	0,00	0	0,00
0805 MULTA 01/2018		1,88	0,03	0	0,00
				0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 102,83 97,18 26,23 97,18 1,09 5,06

Média últimos meses (kWh) **102** VENCIMENTO **07/03/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 102,83**

Histórico de Consumo (kWh)

118	104	112	108	95	99	118	27	111	99	81	114
Fev'17	Mar'17	Abr'17	Maio'17	Jun'17	Jul'17	Agosto'17	Sep'17	Out'17	Nov'17	Dez'17	Jan'18

RESERVADO AO USO

a708.481c.6ddf.5607.fedb.d3a8.e7f8.0d52

Indicadores de Qualidade

12/2017-BradeBots

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIGMENSAL	4,55	0,00
DICTRIMESTRAL	5,81	NOMINAL
DICANUAL	19,82	220
FICMENSAL	2,23	CONTRATADA
FICTRIMESTRAL	8,47	LIMITE INFERIOR 202
FICANUAL	12,95	LIMITE SUPERIOR 231
DINC	2,77	0,00
DICRI	17,12	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Def. da Energia/PB	24,61	24,12
Companhia de Transmissão	19,33	18,62
Encargos Bônus	1,50	1,47
Encargos Bônus	1,87	1,85
Impostos Diretos e Encargos	38,02	37,31
Outras Bônus	1,11	1,06
Total	102,83	100,00

Valor do EU-20 (Ref 12/2017) R\$21,47

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIAS AS/IA
03 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria Antônia Guilo 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 026 229 284 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima Luciano Caetano do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 229 284 / 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Av. Capitão José Pessoa</u>		<u>602</u>	
Bairro		Estado	CEP
<u>Aguanambi</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>52015-345</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>CONSULT.VS.ADVOCADOS@GMAIL.COM</u>		<u>23 4143-2316</u>	<u>23 98663-0588</u>

João Pessoa, 03 de Maio de 2018
Local e Data

Maria Antônia Guilo 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 PARAÍBA,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FORTALEZA, Bairro: GROTÃO, 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:	OFY-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

CARTÓRIO

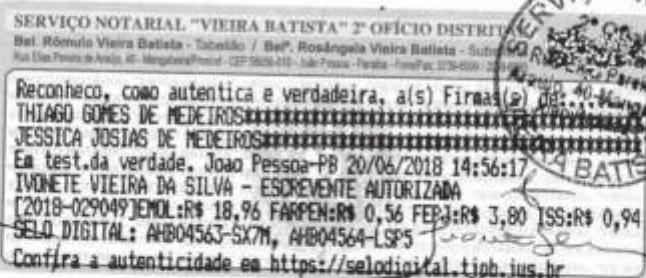
VIEIRA BATISTA

Jessica J. de Medeiros
Assinatura do Condutor

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

(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

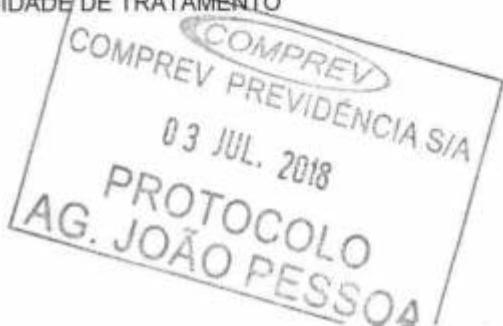
DATA DA EMISSÃO: 15/05/18

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



Pelo presente instrumento particular, eu, Guiliane Coutano 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.

Guiliane Coutano do Nascimento

Responsável

RG: 3501965

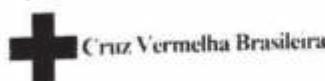
Testemunha

RG: _____

Testemunha

RG: _____





ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

CID10

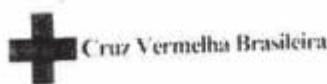
Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

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

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

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

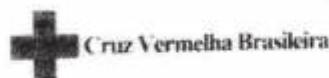
LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

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

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB-8047
COT 15589

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





BME



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

CD: TIPOIA EM "8"

ANALGESIA

ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO

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

Alta médica

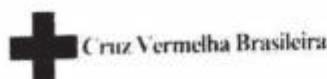
Alta HospitalarUsuário
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUEData e Hora
04/03/2018 11:02:07Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Observações

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

X Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8047
TELEFONE 1589
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

BMF



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

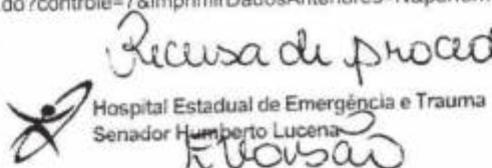
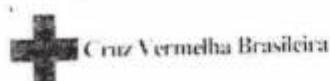
Tel:

CNES: 6121221

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

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

Dra. Renata Moura Xavier Dantas
Cirurgia Bucamaxilofacial
CRO-PB 4525

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<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	Hora de Chegada no Local
------	------------------	---	-------------	--	-----------------------	--------------------------

Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
--------------------	-------	--	-----------

Local da Ocorrência: João Pessoa Santa Rita Bayeux Cabedelo Conde Outro: _____

Logradouro: _____ Bairro: _____ Médico Regulador: _____

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três: _____ Apoio no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro: _____

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro: _____

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

Ginecologista _____ Destino (Unidade Hospitalar) _____ Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	
Motivo:		Hospital de Origem: _____	
► CAUSAS EXTERNAS		Responsável: _____	
<input type="checkbox"/> 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: _____		Hospital de Destino: _____	
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____		Responsável: _____	
		ANTECEDENTES	
		<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"/> Drogas <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: *120/70* 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: *1100a cida. t. paciente é n.º 10*

Intervenções: *2000a cida. t. paciente é n.º 10*

Evolução do Enfermeiro: *2000a cida. t. paciente é n.º 10*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

COMPROV. PREVIDÊNCIAS SA
13 JUL. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 04/03/18 03:57
Usuário: ALISSON
Sistema: 1066663


PREScrição MÉDICA

Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO	Data de Nascimento 04/09/1998	Idade 21	Sexo MASCULINO	Nº 1066663	Nº Prontuário	Data Prescrição 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 SUS	Matrícula			Senha			
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agravamento
1 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0		Observação: BUCOMAXILÓ				

04 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

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


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		Data de Nascimento 04/09/1996	Idade 21	Sexo MASCULINO	Nº 1066663	Nº Prontuário	Data Prescrição 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 SUS		Matrícula			Senha		
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazramento
1 DIPIRONA 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	1°
4 AFERIR PA E FC	0.0						
5 PARECER ORTO	0.0						

04 de Março de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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) RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO		
<p style="text-align: center;">Km 100 - 1000</p> <p style="text-align: center;">04 03 18</p> <p style="text-align: center;">4:43</p> <p style="text-align: center;">LB</p> 		

04 de Março de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Carimbo ou cópia separada para imagem e fotostatômetro clínico





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

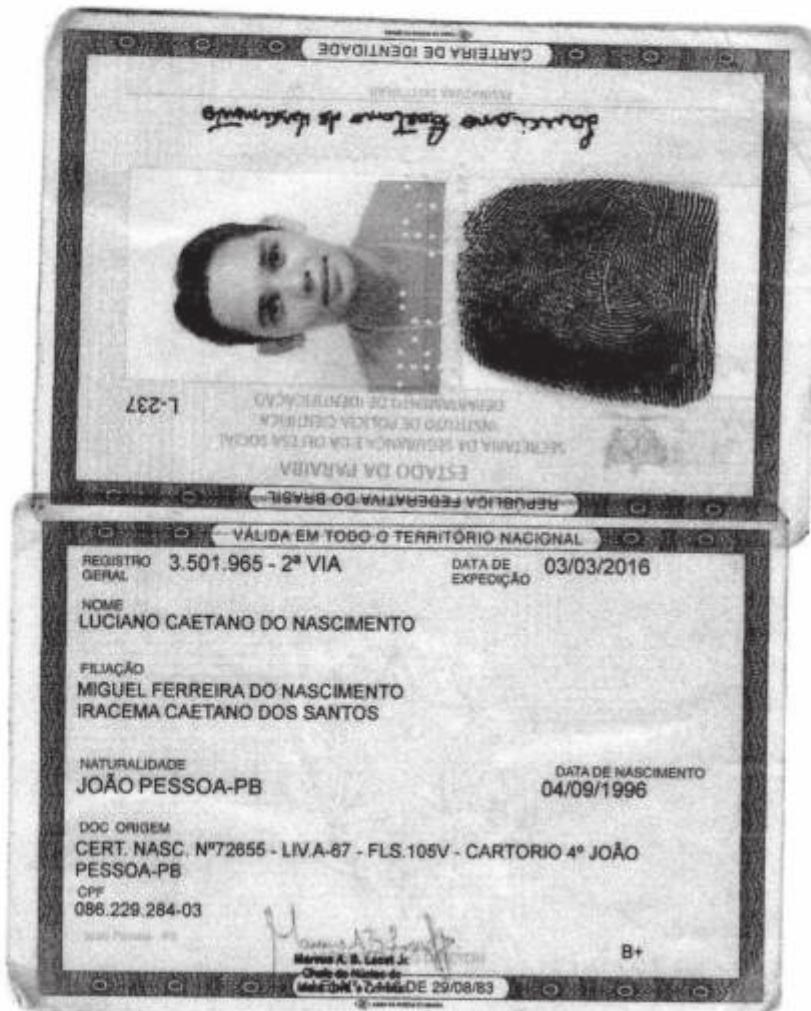
Nome LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO		
Data de 04/09/1996	Nº Boletim Emergência 1066663	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)		
<p>AP VERDADENO REVERTE LE ESTILO AXILLA</p> <p>OMBRO 04 MAR 2017 10:25 AM Kris SJR</p>		

04 de Março de 2018



Assinatura e Carimbo do Profissional

Este documento não é válido para ingresso e matrícula em cursos





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE

CONTRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD PROJ 20170000005599 EXERCÍCIO
1 0054362772-1 00/00000000 2017

NOME
THIAGO GOMES DE MEDEIROS

CPF / CNPJ
06776660476

PLACA
OFY1446/PB

PLACANT / UF
NOVO PB CHASSI
902NC4910DR015047

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CB 500 R ANO FAB.
2013 ANO MOD.
2013

CAP / POT / CIL
52 P/291 /CI CATEGORIA
PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
I 000/00/0000 1^a
P
V FADA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2^a
A***** 0 3^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IDF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGUROU P. A G 031/05/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO VRF 2017

JOAO PESSOA-PB 13730 19/06/2017 78444

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
63 JUL. 2018
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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NO OMBRO, HIPOTROFIA
médico pericial: MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE 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: Lúcio Batista do Nascimento
NACIONALIDADE: João Pessoa PB ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSAO: Correio e Encarregado Nº DO RG: 3501.965
ÓRGÃO EMISSOR: SSDS DATA DE EMISSÃO: 03/03/2016
Nº CPF: 076.229.284-03 ENDEREÇO: R: Engenho Sim
Alto do Mateus CEP: 59000-000

OUTORGADO: Maria Cinthia Grilo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSAO: Advogada Nº DO RG: 17295
ÓRGÃO EMISSOR: OAB/PB DATA DE EMISSÃO: 06/06/2012
Nº CPF: 053 690 444-29 ENDEREÇO: Av. Capitão José Pessoa,
602 - Jaguabé - João Pessoa - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB, 28 de JUNHO de 20 18.

Assinatura

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bat. Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro I - Bela Rosineide Vieira Batista - Suboficina
Rua Elias Ferreira de Araújo, 40 - Mangabeira/Ponta - CEP 58060-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (83) 3299-4200 / 3299-4900

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

LUCIANO CAETANO DO NASCIMENTO

En test. da verdade. João Pessoa-PB 28/06/2018 10:27:37

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

[2018-030070]ENOL:R\$ 4,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHB12084-DROD

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

