

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2016

Carta nº: 8984886

A/C: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

Sinistro: 3160246497 ASL-0845032/16
Vitima: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA
Data Acidente: 08/09/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANO LIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2016

Carta nº: 9085968

A/C: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

Sinistro: 3160246497 ASL-0845032/16
Vítima: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA
Data Acidente: 08/09/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANO LIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta nº: 9175566

A/C: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

Sinistro: 3160246497 ASL-0845032/16
Vítima: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA
Data Acidente: 08/09/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANO LIRA 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: **ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000001144-4**

Conta: **000010022997-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

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

Graduação: Em grau completo 100%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3160246497 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO POÇO DAS PEDRAS nº SN - ZONA RURAL - SAO JOAO DO CARIRI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3343194 - SSP**
Data local do exame: **27/05/2016 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

trauma abdominal com lesão de baço

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

paciente encontra-se de alta, com histórico de esplenectomia total

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

esplenectomia total

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

esplenectomia

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 27/05/2016

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM: 6492


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e Ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0845032116

DOCUMENTO 1



T1%*

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

EU, Alana de Sários Silva SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 3.343.194 EXPEDIDO POR SS LPB EM 28/07/15 ECPF 080160764-80 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alana de Sários S. Sousa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1144-4 N° da CONTA (com dígito, se existir) 22997-0

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

S. A. do Bonfili PB, 16 de março de 2016
LOCAL E DATA

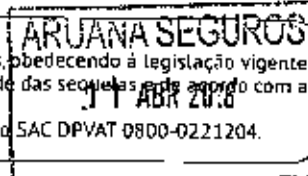
Alana de Sários Silva Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

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



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/03/2016 - Autoatendimento - 18:48:16
871773068 1278

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO

CLIENTE	ALANA FARIAS SILVA SOUSA
AGENCIA: 1141-4	CONTA: 22 947-0
VARIACAO	51
VALOR TOTAL *	10,00
Nº ENVELOPE	2.976.981.189

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: nº 2.976.981.189
* Acolhido em: 31/03/2016, na Agência 8717-3.

=====

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/03/2016 - Autoatendimento - 18:48:16
371773068 1278

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE ALANA FARIAS SILVA SOUSA
AGENCIA: 1144-4 CONTA: 22.997-0
PARIACAO 51
VALOR TOTAL * 10,00
IN ENVELOPE 2.976.981.189

Valor sujeito a conferencia.

Dados do Envelope: nº 2.976.981.189
acolhido em: 31/03/2016, na Agência 8717-3.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Veja no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA

Rua Benício Fernandes, 98 - Distrito de São José da Mata - Campina Grande - 58100-000 - 83 3314-1665



OCORRÊNCIA Nº 000153/15

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000153/15 registrada em 19/10/2015, que passo a transcrever na íntegra: do mês de outubro do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da 5ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE, quando encontrava-se presente o Bel. LUIZ CARLOS PEREIRA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:41 horas, compareceu o Sr. FABIO ALEX ARAUJO SOUSA, com 35 anos de idade, filho de JOSÉ DE FARIAS SOUSA e ZIOMAR ARAUJO DE SOUSA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SÃO JOÃO DO CARIRI - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão NÃO CONSTADA Cédula de Identidade Nº, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SÍTIO POÇO DA PEDRA, bairro ZONA RURAL, na cidade de SÃO JOÃO DO CARIRI - PB.

Declarou que:

NOTIFICANDO QUE NO DIA 08.09.2013 POR VOLTA DAS 10:15 HORAS NA COMUNIDADE BOM JARDIM NAQUELE MUNICÍPIO, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA NXR 125 BROS ES ANO 2005, COR VERMELHA, PLACA MNI - 2887-PB, ONDE NAQUELA OCASIÃO CONDUZIA COMO PASSAGEIRA A SUA ESPOSA ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA, SEGUINDO DO SÍTIO POÇO DAS PEDRAS COM DESTINO A CIDADE DE SÃO JOÃO DO CARIRI, QUANDO UM VEÍCULO DESGOVERNADO EM UMA CURVA COLIDIU COM O MESMO, O DONO DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, LOGO APÓS O ACIDENTE ELE NOTIFICANTE E SUA ESPOSA, FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

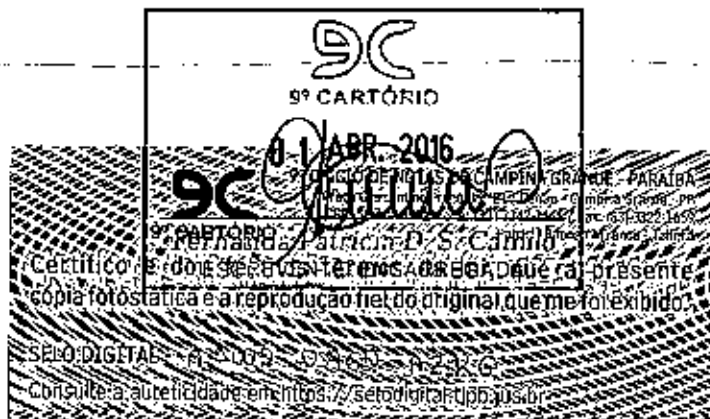
Campina Grande, Sexta-feira, 19 de Fevereiro de 2016

Fabio Alex Araujo Sousa
FABIO ALEX ARAUJO SOUSA

Declarante

José Ferreira Nunes
JOSÉ FERREIRA NUNES

Escrivão



ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



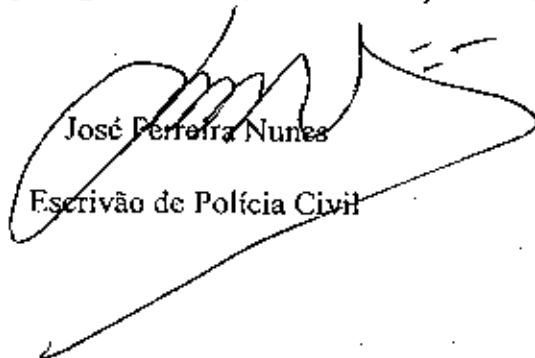
GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL - 3314 - 1665

CERTIDÃO

Certifico que, a requerimento da vítima FABIO ALEX ARAUJO SOUSA verifiquei constar que na ocorrência policial nº 000153/2015, mas em correção apresenta dados completos do veículo, MOTOCICLETA HONDA CG 125 NXR BROS ES, ANO 2005, COR VERMELHA, PLACA MNI - 2887-PB, CHASSI Nº 9C2JD20205R033199, REGISTRADO EM NOME DE LAILSON ROZENDO DA SILVA. Nada mais havendo a constar encerramos estes termos, que vai devidamente assinada por mim JOSÉ FERREIRA NUNES, escrevão que o digitei.

Campina grande - PB, 14 de MARÇO de 2016


José Ferreira Nunes

Escrivão de Polícia Civil

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



Prefeitura Municipal de São João do Cariri-PB

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 - Regional Monteiro

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA - ATENDIMENTO USA: 04



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO: OCORRÊNCIA

Data: 13/04/13 Ocorrência nº: 129 Paciente/usuário: Ana no de Farias Silva Idade: 46 Sexo: ☐ Masc ☒ Femin
Local (de Ocorrência): Bela Vista Bairro: Médico Regulador: Dr. Seyton
Apelo no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate / Defesa Civil ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro

LOCAL: RESPONSÁVEL: OBS: ☐ SIM ☐ NÃO

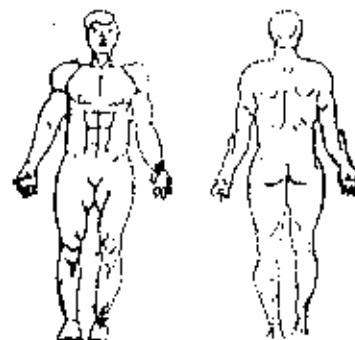
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA
☐ Queda < 5m ☐ Queda > 5m ☐ Queda própria altura ☒ Queda de moto ☐ Sem capacete no incidente ☐ Capacete no retirado por terceiros
☒ Colisão frontal ☐ Colisão lateral ☐ Colisão traseira ☐ Atropelamento ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☒ Carro/moto
☐ Moto/moto ☐ Carro/ônibus ☐ Capotamento ☐ Sem cinto de segurança ☐ Outro:
☐ Número de vítimas no local: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR ☐ ESQ
☐ Afogamento grau: QUEIMADURA grau: CHOQUE ELÉTRICO ☐ Desabamento ☐ F&B ☐ F&F
☐ Outro:
☐ Acidente de esporte ☐ Agressão física
☐ Intoxicação exógena picada de ☐ Escorpião ☐ Abelha ☐ Cobra ☐ Aranha
☐ Envenenamento por:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ Decúbito lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Sentado ☐ Dentro de veículo
☐ Fora do veículo ☐ Deambulando ☐ Em cima de: OUTRO:
NÍVEL CONSCIÊNCIA: ☒ Conciente ☒ Orientado ☐ Algo desorientado ☐ Halito etílico
☐ Abuso de drogas ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Agitado ☐ Coma ☐ Outro:
QUEIXA: ☒ Dor / LOCAL: ☐ Parestesia / LOCAL:
☐ Outra:
LÊSÕES APRESENTADAS:
☒ Escoriações / LOCAL: MIE INSE ☐ Corte / LOCAL:
☐ Perfuração / LOCAL: ☐ Contusão articular / LOCAL:
☐ Contusão muscular / LOCAL: ☐ Luxação / LOCAL:
☐ Fratura incompleta / LOCAL: ☐ Fratura completa / LOCAL:
☐ Suspeita de fratura / LOCAL: ☐ Fratura exposta / LOCAL:
☐ Entorse / LOCAL: ☐ Estiramento muscular / LOCAL:
☐ Ruptura muscular / LOCAL: ☐ Cámbra / LOCAL:
☐ Dor muscular / LOCAL: ☒ Edema / LOCAL: MIE
☐ Hematoma / LOCAL: ☐ Equimose / LOCAL:
☐ Outro:

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ Midriase ☐ Miose ☐ Isocoria ☐ Anisocoria

DADOS VITAIS

VIA A: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: 13 Irpm Final: Irpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
FC INICIAL: 84 bpm FC Final: bpm • PAS (mm Hg): > 90 ☐ < 80
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS ☐ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 92

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Colar cervical TAM: M ☒ Estabilizador de cabeça / ☒ Trantes / ☒ Prancha rígida / ☐ KED / ☒ Talas de extremidades
☒ A.V.P. com Adocath nº: / ☐ MSE ☐ MSDV ☐ SRL ☐ ml SF 0.9% ☐ SG ☐ ml Medicação:
62 U/min ☐ Máscara com reser. ☐ Cateter nasal / ☒ Imobilização: ☒ MSE ☐ MSD ☒ MIE ☐ MID ☐ Máscara Vácuo /
☐ Imobilização de objeto impalado / ☐ Extricação / ☐ Curativo: ☐ Compressivo ☐ Simples ☐ Irrigação ocular / LOCAL: ☐ Glúteo
☐ Glúteo D / ☐ Velpeau / LOCAL: / Ventilação com Ambu / Aspiração das VAA / OUTROS:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Adson COREN: 310.723 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Fabiana COREN: 310.723
CONDUTOR: Vianez SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): MÉDICO: ARJANA SEGUROS

REGISTRO

NOME: ASSINATURA: RG: 11 ABR 2013

5-802 - 09:27
2-074 - 09:32
5-074 - 10:37

5	Quantidade	Quantidade	5
4	Contorno	Contorno	4
3	Palavra repetidas	Palavra repetidas	3
2	Palavras específicas	Palavras específicas	2
1	Ausente	Ausente	1
Abertura Ocilar			
4	Espontânea	Espontânea	4
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	2
1	Ausente	Ausente	1
Melhor resposta motora			
6	Obedece comando	Movimentação espontânea	6
5	Localiza dor	Localiza dor (relatada ao toque)	5
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso	4
3	Fixação ao estímulo doloroso	Fixação ao estímulo doloroso	3
2	(postura desorientada)	(postura desorientada)	2
1	Extensão ao estímulo doloroso	Extensão ao estímulo doloroso	1
Melhor resposta verbal			
5	Quantidade	Quantidade	5
4	Contorno	Contorno	4
3	Palavra repetidas	Palavra repetidas	3
2	Palavras específicas	Palavras específicas	2
1	Ausente	Ausente	1

QUANT.	MEDICAMENTOS
02	ALCOOL (PUNETA 250 ml)
01	ALGODÃO (PACOTE)
01	ALGODÃO DE CREPON 15 cm
01	CATETER TIPO OCLUS
01	EQUIPO MACROGOTAS
01	EQUIPO MACROGOTAS
01	EQUIPO MACROGOTAS
01	ESPARADRAPO
01	FITA DE GLICEMIA CAPILAR (SÓDIO Nº
01	GARROTE
01	GAZE ESTÉRIL (PACOTE)
01	GAZE MÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unidades)
01	JEICO Nº 18
01	LENÇOL DESCARTÁVEL
03	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M
03	LUVA ESTÉRIL Nº
03	MÁSCARA DESCARTÁVEL
03	SCALP Nº
01	SÉRIE Nº
01	SONDA DE TAPAO Nº
01	OUTROS:

DOCUMENTOS PESSOAIS:		RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CÉDULA QUANTIDADE:		MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:	MIDEL:	
CARTÃO DE CRÉDITO:		MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPER CARD	OUTRO:	
CARTÕES DE BANCO:		1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$							
CATEÇÓ (MARCA)		RELOGIO (MARCA)					
BRINCOS (QUANTIDADE)		OUTRO:					
DADOS DO RECEBEDOR							
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERCENTES:							
SETOR:							
FUNÇÃO:							
ASSINATURA DO RECEBEDOR							
CARIMBO DO RECEBEDOR							

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01144-4

CONTA: 000010022997-2

Nr. da Autenticação 83C26E758799EAC7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alana de Farias Silva Sousa,

RG nº 3.343.194, data de expedição 28/07/15, Órgão SSP/PB.

CPF nº 083.160.764-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Poco das Pedras</u>
Número	<u>Sei.</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>São João do Cariri</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.590.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.9 8769.6065. 9.9384.1717.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São João do Cariri PB, 16.03.2016.

Assinatura do Declarante: Alana de Farias Silva Sousa

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016

1974 05/04 4017 6254 461 3472 0389 7401

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 5/1442620-9

Set / 2015

Apresentação

15/09/2015

Data prevista da próxima leitura

15/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
7521443688

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
02/04/2009: 70,43 mg/m²
DE 02/04/09:

Histórico de Consumo (kWh)

Aug15	85
Jul15	84
Jun15	103
May15	102
Apr15	102
Mar15	102
Feb15	102
Jan15	105
Dec14	10
Nov14	22
Oct14	96
Sep14	60

Média das diferenças entre
os itens

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL
DIC MENSAL	17,40
DIC TRIMESTRAL	24,71
DIC ANUAL	39,47
FIC MENSAL	8,00
FIC TRIMESTRAL	15,91
FIC ANUAL	25,82
DAIG	24,75
DIGS	18,00

Apurado Limite de Tensão
(N)

DOSE	NORMAL	TD
0.005 -	CONCENTRATION	
	CONCENTRATION	100
	CONCENTRATION	200

VENCIMENTO

22/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 48,87

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Des. de Energia e	10,55	21,97
Construção de Energia	10,55	21,97
Serviços de Transmissão	10,55	21,97
Energias Solares	10,55	21,97
Impostos, Direitos e Encargos	21,30	43,94
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	48,95	100,00

Vol: 22, No: 1, Ano: 2009, Universidade de Oshana, Oshana, Angola
Revista de Sociologia e Antropologia

ATENÇÃO

ATENÇÃO
 * Subunidade de Interligação do Eixo S-Frigo, lançando o encargo de R\$22,77
 PRAÇA: Teresópolis - Vigência: 29/09/15 - Res. ANEEL nº: 928-Rio de Janeiro 19,51% mais
 PRAÇA: Teresópolis - Vigência: 29/09/15 - Res. ANEEL nº: 928-Rio de Janeiro 14,47% mais

ARUANA SEGUROS

11 APR 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandro Lima da Silva

RG nº 3.623.642, data de expedição 30/04/08, Órgão SSP-PB.

CPF nº 016.155.664-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Alexandrina Paulista</u>
Número	<u>501</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>São João do Cariri</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.590.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.9.8769.6065-83.9334.1717</u>
E-mail	

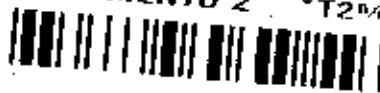
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São João do Cariri PB, 15.03.2016

Assinatura do Declarante: Alexandro Lima da Silva

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Josémar Lima da Silva, portador(a) do

RG nº 3.623.642, expedido por SSP/PB, em

30/01/2008, CPF/CNPJ nº 016.555.664-33,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alana

de Farias S. Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

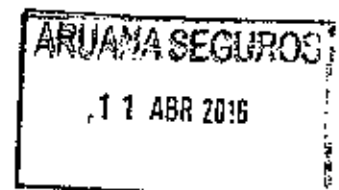
da vítima Alana de Farias Silva Sousa, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: INTERMEDIÁRIO Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Josémar Lima da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FALSON ROZENDO DA SILVA,
 RG nº 269774155 data de expedição 15/03/2010
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 084.610.379.20, com
 domicílio na cidade de SANTA LUIZA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CUTEG, nº 81,
 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 FABIO ALEX DA SILVA SOUSA cujo o condutor era
FABIO ALEX DA SILVA SOUSA.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/NXR 125 ALL 8 ET
 Ano: 2005/2005
 Placa: MNT 2889 1 PB
 Chassi: 9C28D202052033199
 Data do Acidente: 09/09/2013
 Local e Data: CURTAS 03/03/2016

Falson Rozendo da Silva
 Assinatura do Declarante

Fabio Alex Sousa

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

ARTÓRIO DISTRICTAL
 SANTA LUZIA DO CARIRI
 SERVA BRANCA - PARAIBA
 Alameda da Costa Branca
 Escritório Distrital

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s)
 de Falson Rozendo da Silva

ALM38717-YQ R8

Em Teste? 11 da verdade.

Santa Luzia do Cariri, 15 de

16 de 87.16 de 15
 ESCRIVÃO PÚBLICO

Selo Digital ALM38717-YQ R8
 De acordo com o art. 14 do
 Provimento CGJ/PB nº 003/2014
 Consulte a autenticidade em
<https://selo.digitajus.br>
 Serviço Notarial e Registral
 de Santa Luzia do Cariri - PB
 CNPJ: 09.303.777/0001-08

ARUANA SEGUROS
 11 ABR 2016



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA

DOCUMENTO 5 "T5%"



CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 08 de setembro de 2013 foi **ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA**, nascida em 16/12/1986, portadora da Cédula de Identidade nº 3.343.194 – 2ª via SSP/PB e inscrita no CPF sob o nº 083.160.754-82, filha de José Marcos Dias da Silva e Etelvina de Farias Silva, residente no Sítio Poço das Pedras, zona rural de São João do Cariri/PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde se lê Alana de Farias Silva, leia-se **ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA**.

Certificamos, ainda, que a paciente apresentou a Carteira de Identidade original em que consta a grafia correta de seu o nome.

Campina Grande/PB, 16 de outubro de 2015.

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.818-2

Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Juliana Leite da Costa
Núcleo de Auditoria/Advogada
OAB/PB 16.296

JULIANA LEITE DA COSTA

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HET Dom
Luiz Gonzaga Fernandes
Advogada OAB/PB 16.296

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016

PACIENTE: ALANA DE FARJAS

DATA DO EXAME: 08/09/2013

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem evidências de cálculos em seu interior.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

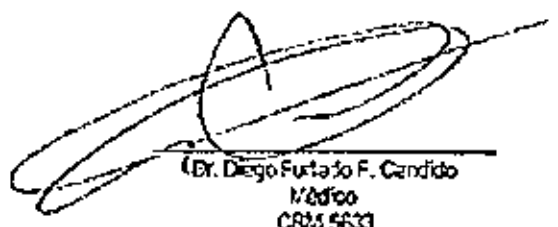
Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea, exceto pela presença de pequena imagem heterogênea, medindo cerca de 1,5 x 1,1 cm, de contornos parcialmente definidos, localizada no pólo superior e que pode corresponder a pequeno hematoma.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Bexiga urinária pouco repleta, de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Baço apresentando pequena imagem heterogênea, medindo cerca de 1,5 x 1,1 cm, de contornos parcialmente definidos, localizada no pólo superior e que pode corresponder a pequeno hematoma.
- A critério clínico, correlacionar com TC abdominal contrastada.



Dr. Diego Furtado F. Candido
Médico
CRM 5633

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

Observação: Sítio Povo do Pedro

[illegible]

ARUANA SEGUROS
11 ABR 2016

14:00
Reinforced steel; the
dollar administration;
US population at
present; domestic
politics.
Abraham Lincoln
a new language;
political.
Ref: - TC absolute

Dr. Antonio Tanti
CIRCUIT CLERK
CRIMINAL COURT

746 Tanjore A

Reuben V. Johnson

~~Dr. Pallas & Co.
Ontario
Canada~~

Gen



CENTRO DE IMAGEM

QUESTIONÁRIO DE PRECEDENTES ALÉRGICOS PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADO COM CONTRASTE.

OBJETIVOS:

Identificar pacientes alérgicos (ou potencialmente alérgicos) ou que apresentem outras patologias de importância, que na realização da tomografia computadorizada necessitem utilizar contraste iodado para uma melhor definição do exame e que eventualmente venha a necessitar de preparo e atendimento adequados.

Nome do paciente: Arca ou Ala:

Contraste iodado: Iônico (X) não Iônico ()

80 ml.

Peso: 54 kg

Idade: 26

Sexo: F

- + Está em jejum? 24h Quantas horas? 24h
- + História de alergia? (medicamentos, pêlo de animais, alimentos)? não
- + Fez algum exame que necessitou do uso de contraste pela veia ou por via oral? Qual? Tomografia?
- + Havia alguma reação ao contraste? Como aconteceu?
- + Já comeu agrião, camarão, peixes ou frutos do mar? Sentiu alguma reação diferente? O que? não
- + Já ficou cansado, teve asma ou brônquite? não
- + Doenças do coração? não qual?
- + Diabético ou alguém da família? não quem? avós, tios faz uso de medicação? Qual? insulina
- + Tem pressão alta? não faz uso de medicamento? Qual?
- + Já fez alguma cirurgia? Qual? não
- + Está grávida? D/M? 21.08.13
- + No momento faz uso de algum medicamento? não qual?

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Centro de Imagem do Hospital de Emergência e Traumatismo Campinas Grande - HETCO, a realizar em mim ou na pessoa a qual sou responsável exame de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. Estou ciente de que será usado contraste iodado endovenoso e que o mesmo pode apresentar reações adversas, notadamente alérgicas. Na hipótese de isto ocorrer, liento da culpa a equipe e autorizo a tomar os procedimentos necessários para o tratamento da reação alérgica.

Cléristina de Siqueira Silva

Assinatura do paciente ou Responsável

Campinas Grande/PR

15.09.13

Pac. realiza TC de abd com contraste
e/ou intercorrência até o momento.
15.09.13

Jaqueline
JANEIRO MARIA DOS SANTOS
Téc. ENFERMAGEM
COREN 020.731

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Alana de Farias Sousa		
End:	Sítio Poco das Pedras	Bairro:	Z. Rural
Data de Nascimento:	06/02/1987	Documento de Identificação:	Sa5 1005 do Cariri - AB
Queixa:	Ac - or	Data do Atend.:	08/09/13
		Hora:	11:22
		Documento:	

moto

Classificação de Risco

Nível da consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor: () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

- Amarelo*
- | | |
|---|--------------------------------------|
| (☒) Vermelho - atendimento imediato | () Amarelo - atendimento até 1 hora |
| () Verde - atendimento até 4 horas | () Azul - atendimento ambulatorial |

Alexandra Teixeira Nunes

ENFERMEIRA

COREN 14715 - EME

Assinatura e carimbo do profissional

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Adriano de Fátima Silva Idade: _____ anos
Exame: USG abdominal (port) Data: 10/09/13
Médico solicitante: Dr. João Sexo: F

RELATÓRIO

FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☐ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☐ Normal ☒ Alterado *com uma pequena
área cística? Sufusão pleuropulmonar.*
RIM DIR.: ☒ Normal ☐ Alterado *hiperreflexa? de
1,3*

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado

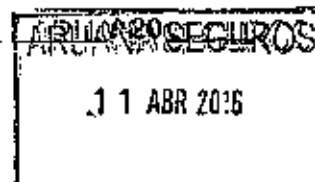
Outras observações:

Htero normal.
*Ausência de líquido livre no
do do exame.*

CONCLUSÃO

Dr. João
20/9-13

Campina Grande, _____





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: ALIANA DE FARIAS SILVA

DN: 16/12/1987

PRONT. Nº: 1040364

NATURALIDADE: SÃO JOÃO DO CARÍO

PROCEDÊNCIA: SÃO JOÃO DO CARÍO

ADMISSÃO: 08/08/2013

ALTA: 12/09/2013

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente vítima de acidente automobilístico, querendo ir de dor em membros inferiores expostos. Consciente, orientada, eupneica, sem tosse.

2. Resultado dos principais exames

Vide Fluxograma

3. Evolução e complicações

Paciente evolui bem e sem complicações

4. Terapêutica realizada

Laparotomia exploratória + Esplenectomia. Cirurgia realizada por Dr. Pedro

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Lesão esplênica.

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Solicitar prescrição para gases acumulados. Orientar retorno ao serviço em caso de febre, alteração de sinais vitais pelo fêmur operatório. Prescrever medicação analgésica e de limpeza da ferida.

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ Apendido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

ARUANA SEGURO

11 ABR 2013

Dr. Alexandre de A. F. F. F.
Dr. Carlos Augusto - 1004
Dr. João Paulo

2: DPO de 1.5 + Esplenomegalia
Trauma abdominal fechado

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) ALIANA DE FARIAS SILVA, 20 anos Alojamento) Q2 Leito) Q2 Convênio)

ARLANA GUROS

11 ABR 2016

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
31/09/13	1) Dieta Livre						# Exercício Gepat. #
	2) SFG 9h, 100ml EV, 2x/d						# Posição: segue em leito com um neoplasmo
	3) Dexamet, 2mg + ASD 2mg EV 4/14L						em ombro. Questão de sufocamento a diálise
	4) Trocar 100mg + ASD 100mg EV 9/18h						por V.C. diálise pronta, arruções devida
	5) Neostem, 5mg + ASD EV 9/18h						do 02 dias. Sem queixas no momento.
	6) Dexam, 10mg EV 9/18h						# AD Exame: EcG, hemograma, urinal, cultura
	7) Urterol, 100mg EV, 1x/dia						de urina, urinal, urinal, urinal (2.14L)
	8) Etilm, 100mg EV, 1x/dia						Oximetria, oximetria, oximetria, oximetria
	9) Rituin, 100mg EV, 1x/dia						# SSU: Pa. 100/60mmHg; Fc: 60bpm; PR: 100mm
	10) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# ACU: RCE em 27, 80% SLS
	11) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# AC: JVD em AHT, S/R
	12) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# ABD: Dismódico, flácido, diminuído
	13) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						S/VUS E/ABD instável e pegajoso
	14) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# FO: língua seca, sem sinais de desidratação
	15) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# Ex-Tesidões: pulso 2/4L, diminuído, clareia
	16) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						adoma em M.T. (2/4L) diminuído em M.T. e
	17) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						adoma em M.S. (1.14L).
	18) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						# Ad: Ado Hospitalar
	19) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	20) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	21) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	22) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	23) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	24) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	25) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	26) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	27) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	28) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	29) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						
	30) ALTA HOSPITALAR (no 1.º andar)						

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	ADANA DE FARIAS SILVA, 26 anos	Alojamento	02	Leito	02	Convênio	—
----------	--------------------------------	------------	----	-------	----	----------	---

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/09/2013	1) Dieta Líquida		# Ciente Geral +
	2) SF O ₂ 1, 1000ml, 14ml/kg/min.		* Paciente segue em dieta com um suplemento oral. Apresenta bem dieta líquida, devesse manter, procuremos avaliar em 7 dias.
	3) Durisona, 2m + ASD, EV 4/4 horas		Alteira - N de dor abdominal que se refere ao fêmur direita esquerda.
	4) Indomet, 100mg + 100ml SF O ₂ EV 8/8h		* AO EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
	5) Alivadolon, 8mg + ASD, EV 8/8h		# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
	6) Naprox, 10mg + ASD EV 8/8h		# AR: RUO em AIT, SIRA
	7) Ondimetrol, 40mg + devede própria, EV 1x/8h, pela manhã, em 14h.		# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
	8) Estimula deambulatório		# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
	9) CCG + SSV		# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
			# ABU: RER em 2T, BNE, S/S
			# AR: RUO em AIT, SIRA
			# ARO: sem glóbulos, flocos, degranulados S/VMS, RHA(+) que deu a polipneumonia em FIC.
			# EO = língua, N/A. Sem sinais positivos
			# EXAME: ECR, comensal, ritmada, eufórica, hidratada (24/4+), consciente, oxigenada, afebril, sem polipneumonia.
	</		

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Adm. de F. de Silva	Alojamento	92 C	Leito	02	Convênio	02
----------	---------------------	------------	------	-------	----	----------	----

[illegible]

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luís Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <i>Alano de Farias Silva</i>			Nº Prontuário		
Data da Operação <i>15/09/13</i>		Enf. <i>02</i>		Leito <i>02</i>	
Operador <i>Dr. Pedro Luis</i>			1º Auxiliar <i>Dr. J. J. (M. J.)</i>		
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia			Tipo de Anestesia <i>Gen. G.</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Tumor abdominal fixado (procedimento exploratório, lesão grande).</i>					
Tipo de Operação <i>LE + Esplenectomia</i>					
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Curado</i>					
Relatório Imediato da Patologia <i>Não houve</i>					
Exame Radiológico no Ato <i>Não houve</i>					
Acidente Durante a Operação <i>Não houve</i>					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
2- Propriedade e antipropriedade
3- Abordagem de campo antero
4- Tumor abdominal mediano tipo 2, 3 e 4
5- Abertura da parede abd. p/ porta
6- Inventário da cavidade. Base com material de volume e evidência de lesões graves e presença de complicações
7- Realizada esplenectomia
8- Ressecção da base da cavidade (base da cavidade + contornos da compansão)
9- Sutura p/ porta
10- Sutura antero
11- Curativo relativo

ARUANA SEGUROS
11 ABR 2016

Dr. Pedro Luis
Dr. Pedro Luis
CRM 2468

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
13/9/13							Paciente consciente e orientado, hipoxico, euforico, hidratado, com AVP em MBE, apresentando bem a administração; eliminações vesicais - intestinais preservadas. Segue sem queixas e MCPM.	
13/09	15hs				90/70			
13					70			
13/09/13	20:05						Paciente consciente, orientado, acambrado, segue em jejum p/ realização de USG, observa um bom perfil físico, MCPM, eliminações preservadas. Segue aos cuidados da equipe.	
							Assina M. Porto Macarenhas ENFERMEIRA CORPO DE BOMAS	

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Adriane da Fátima Sousa Atoamento) 2 Letto) 2 Convênio) APUANA SEGUROS

11 ABR 2016

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
12/03	1	1. Biotin. 10mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Biotin. 10mg. 1x1. 5:00 PM.
	2	2. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	3	3. Difenidramina 50mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Difenidramina 50mg. 1x1. 5:00 PM.
	4	4. Aspirina 100mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Aspirina 100mg. 1x1. 5:00 PM.
	5	5. Clonazepam 0,5mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Clonazepam 0,5mg. 1x1. 5:00 PM.
	6	6. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	7	7. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	8	8. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	9	9. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	10	10. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	11	11. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	12	12. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	13	13. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	14	14. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.
	15	15. Sulfadiazina 500mg. 1x1	08:00	11:00	5:00 PM	Paciente admitido. Sulfadiazina 500mg. 1x1. 5:00 PM.

Dr. JOAO B. F. SILVA
Assinatura

Dr. JOAO B. F. SILVA
Assinatura

[illegible]

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Adriano de Amorim Silva Alojamento) Leito) Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/04	1. Dificuldade de respirar e sufocar 2. SRA. 1000 em FU macia, útil 3. 230 bpm em FU 6/6 - SRA 4. Abundantes secreções brancas e amareladas, com odor fétido 5. Gargalhadas e tosse em jatos 6. C/UV + CC 6/6	12	Prancha respiratória. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução, boa circulação de ar. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução.
11/04	1. Dificuldade de respirar e sufocar 2. SRA. 1000 em FU macia, útil 3. 230 bpm em FU 6/6 - SRA 4. Abundantes secreções brancas e amareladas, com odor fétido 5. Gargalhadas e tosse em jatos 6. C/UV + CC 6/6	12	Prancha respiratória. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução, boa circulação de ar. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução. Afetado com um. Orelhas e pescoço expandidos em evolução.

Dr. Fábio Almeida
Médico Assistente
01/04/2016

Dr. Fábio Almeida
Médico Assistente
01/04/2016

Dr. Fábio Almeida
Médico Assistente
01/04/2016

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
09/03					09/03		Paciente evolui estável, consciente e orientada, medicada conforme prescrição médica, segue em cuidados de enfermagem.	
							Elton Fernandes de Jesus Téc. Enfermagem COREN-PE 703385	
							+ ferimento	
09/03	15:45	—	—	—	—	—	Paciente G.B. consciente, orientada, hemodinâmica, respirando de ar de ambiente, sítio de lesão eliminando 0, gesso de de de mão sendo manuseado nos cuidados de enfermagem.	—
							Elton Fernandes de Jesus Téc. Enfermagem COREN-PE 703385	

ARJANA SEGUROS

11 ABR 2016

Folha de Tratamento e Evolução

ARJAMA SEGUROS

11 APR 2015

Convênio

[illegible]

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Mariana de Fátima Aguiar, 25 anos	Alojamento	2	Leito	2	Convênio		AP
----------	-----------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--	----

Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
13.09.13	① Dieta livre conforme avaliação, dieta opor 22h		# Clínicas: Qual #
	② SCL 1000mg EV	500 2 500h	6º DIH
	③ Depressora AFA+AD EV 6/6h 5N		Paciente segue com febre, com um episódio de arritmia, boa evolução da dieta, alívio da tosse, melhora da respiração. ④
	④ neurológico 4mg : JFA+AD EV 8/8h 5N		⑤
	⑤ ceftriaxona 400 mg : JFA EV 1x dia		⑥
	⑥ 55VV + CC GG		⑦
			⑧
			⑨
			⑩
			⑪
			⑫
			⑬
			⑭
			⑮
			⑯
			⑰
			⑱
			⑲
			⑳
			㉑
			㉒
			㉓
			㉔
			㉕
			㉖
			㉗
			㉘
			㉙
			㉚
			㉛
			㉜
			㉝
			㉞
			㉟
			㊱
			㊲
			㊳
			㊴
			㊵
			㊶
			㊷
			㊸
			㊹
			㊺
			㊻
			㊼
			㊽
			㊾
			㊿



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
083.160.754-82

Nome
ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

Nascimento
16/12/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-119

Alana de Farias Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 6 "T6%"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.343.194 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2015

NOME ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA

FILIAÇÃO JOSÉ MARCOS DIAS DA SILVA
ETELVINA DE FARIAS SILVA

NATURALIDADE SERRA BRANCA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/12/1986

DOC ORIGEM CASAM N.2925 FLS.191 LTV.B-6
CARTORIO SÃO JOÃO CARIRI-PB

CPF 083.160.754-82

Alana de Farias Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

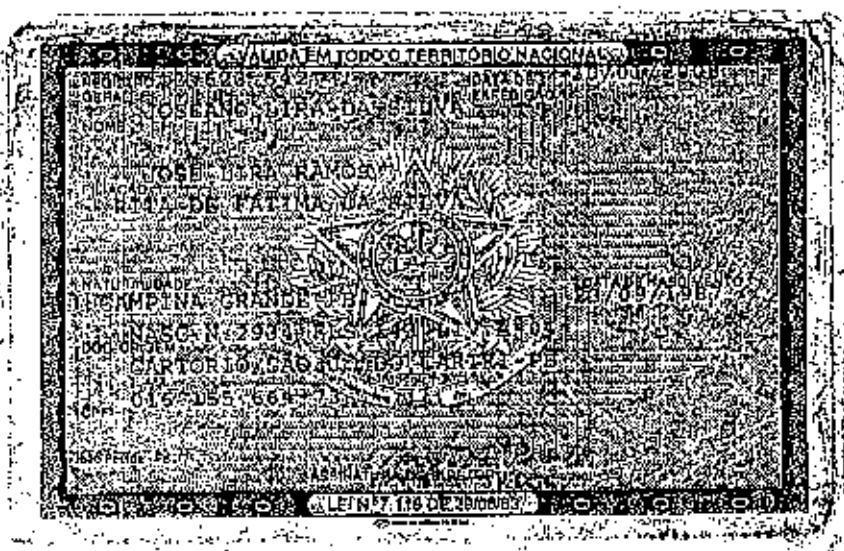
7 JAN DE 2008 RJ

ARUANA SEGUROS

11-ABR 2016

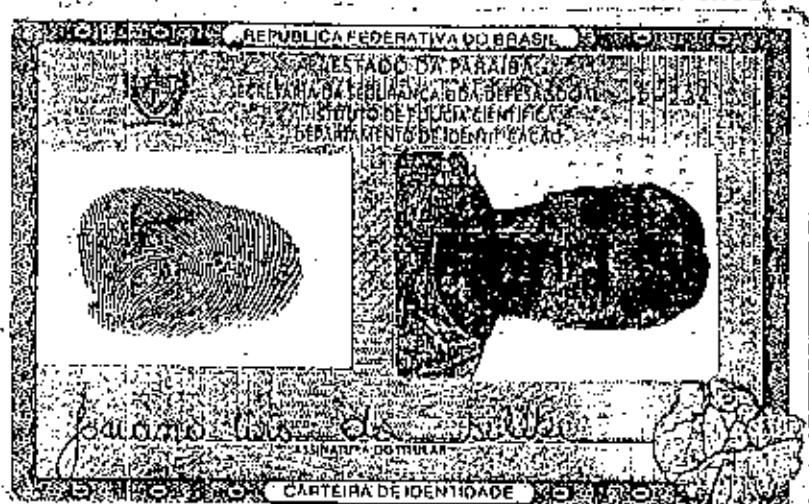


DOCUMENTO 3 "T3%"



ARUANA SEGUROS

11 ABR 2016



DOCUMENTO 1 *T10b*



ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160246497 **Cidade:** São João do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2013 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO ABDOME NO PUNHO E NO PÉ ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160246497 **Cidade:** São João do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANA DE FARIAS SILVA SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2013 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: trauma abdominal com lesão de baço

Descrição do exame médico pericial: esplenectomia total

Resultados terapêuticos: paciente encontra-se de alta, com histórico de esplenectomia total

Sequelas permanentes: APRESENTA ESPLENECTOMIA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Alana de Farias Silva Souza
 Nacionalidade: Bela Branca Est. Civil: casada
 Profissão: Agricultora
 Identidade: 3.343.194 CPF: 083.100.764-82
 Endereço: Sítio Poco dos Pedras São João do Cariri

OUTORGADO:

Nome: Francisco Lima da Silva
 Nacionalidade: CAMPINA GRANDE Est. Civil: CASADO
 Profissão: INTERMEDIÁRIO
 Identidade: 3.623.692 CPF: 016.155.669-13
 Endereço: RUA ALEXANDRINE CANTALICE SÃO JOÃO DO CARIRI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: São João do Cariri 19/10/2015

Alana de Farias Silva Souza
 ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Notarial Comarca de São João do Cariri-PB
 Tabeliã - Ana Lúcia Almeida Barros
 Reconheço por () semelhança (X) autenticidade da(s)
 firma(s) de Alana de Farias Silva Souza
 São João do Cariri, 19/10/2015
 Selo Digital ACE 52601-VFN2
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Ana Lúcia Almeida Barros
 Tabeliã Pública

