

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180464015

**Vitima:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 22/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FLAVIANA DA SILVA CAMARA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180464015**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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 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 com 16 ou 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

083.665.074-32

Nome completo da vítima

Cristiano de Albuquerque Oliveira

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Cristiano de Albuquerque Oliveira</i>	083.665.074-32	<i>vigilante</i>
Endereço	Número	Complemento
<i>Rua Luis Vaz de Figueiredo</i>	<i>p/n</i>	
Bairro	Cidade	Estado
<i>Centro</i>	<i>São Miguel de Itapuã</i>	<i>SP</i>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<i>58334000</i>	

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"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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

*1033*

D/V

CONTA

*00023614*

D/V

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE (todos os bancos)**

BANCO	Nome	NRO
<i>BB</i>	<i>03017-0003</i>	<i>0000000000000000</i>
AGÊNCIA	D/V	D/V
<i>0000000000000000</i>	<i>PP07000000000000</i>	<i>PP07000000000000</i>
NRO.	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura ~~secundária~~ 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.

*J. Pessoa, 13 de 09 de 2018*

Local e Data

*Xeristiano de Albuquerque Oliveira*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



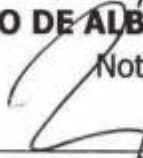
## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 035/2018

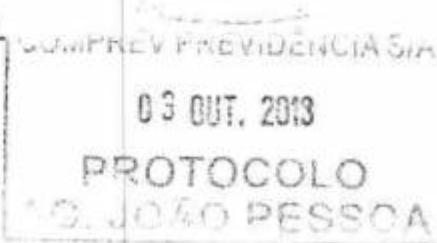
**CERTIFICO**, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 035/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 7 de agosto de 2018, nesta cidade de São Miguel de Taipu, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:39, compareceu o (a) Sr(a). **CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA**, com 30 anos de idade, CPF N° 083.665.074-32, nascido (a) em 25/12/1987, brasileiro (o), natural de João Pessoa/PB, união estável, alfabetizado, vigilante, filho (a) de Raimundo Meirelles de Oliveira e Marluce Soares de Albuquerque Oliveira, residente na Rua Luiz Vaz de Figueiredo - Centro – São Miguel de Taipu/PB, telefone nº (083) 987199335. **NOTICIOU**:

QUE no dia 22 de janeiro de 2018 por volta das 12 horas na rodovia que liga café o vento a pilar o noticiante estava guiando sua motocicleta TITAN 150 HONDA CG ESD 2013/2014 CHASSI 9C2KC1650ER003776 PLACA OXO 9687 PB em nome de Aracide Rocha de Queiroz quando na altura do posto de gasolina que fica no acesso a São Miguel de Taipu o noticiante colidiu o veículo que guiava na traseira de um automóvel, que o noticiante não sabe informar a placa do automóvel, que o noticiante caiu ao solo e teve que ser socorrido para o hospital de trauma em João Pessoa dando entrada no dia 22 de janeiro de 2018 tendo alta no dia 23 de janeiro de 2018, que em tal acidente o noticiante quebrou o maxilar, e teve um corte no queixo e na boca e mais dois cortes no antebraço alem de um corte profundo no joelho, que o noticiante presta a presente certidão com a finalidade de solicitar o SEGURO DPVAT. Nada mais disse.

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, dou fé. Dado e passado nesta cidade de São Miguel de Taipu/PB, aos 7 de agosto de 2018, eu Agente de Investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

  
**CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA**  
Noticiante

  
**BRUNO A COSTA**  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

  
03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JURIPIRANGA

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

12:10



## FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

SAO MIGUEL

Data	Ocorrência n°.	Paciente/usuário	Idade	Sexo ( ) Masc. ( ) Fem.
22/10/11 18	195911B	Guilherme Albergaria Oliveira	20	
Local da ocorrência	BAIRRO	BAIRRO	Médico regulador	JULIANA
Apóio no local: ( ) PM ( ) Resgate/ Bombeiros ( ) Resgate/ PRF ( ) CPTRAN ( ) SITRANS ( ) Outro: ( ) Socorrido por terceiros ( ) Reclamou atendimento ( ) Socorrido pelos Bombeiros ( ) Local não encontrado ( ) outro:				

### TIPO DE AGRADO

( ) Acidente de Trânsito	( ) Pediatrício
( ) Agressão Física	( ) Psiquiátrico
( ) Desabamento / soterramento	( ) Caso clínico
( ) Eletrocussão	( ) Quase afogamento/ afogamento
( ) F.A. B	( ) Queda metros
( ) F.A.F (P.A.F)	( ) Queimaduras
( ) Gineco - obstétrico	( ) Outros:
( ) Lesões táticas	Guia de moto

### ANTECEDENTES

( ) AIDS	( ) Doença mental
( ) Alcoolismo	( ) Doença renal
( ) AVE	( ) Drogas
( ) Cirurgias Realizadas	( ) Hipertensão arterial
( ) Convales	( ) Intervenções Anteriores
( ) Diabetes	( ) Medicamentos
( ) Doença Cardíaca	( ) Problemas respiratórios
( ) Doença Infecto - contagiosa	( ) Outros

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DO TRANSPORTE

( ) Apoio Diagnóstico ( ) Serviço de maior complexidade ( ) transferência simples ( ) outro: \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Hosp de trauma JP Responsável: Dr. Vitor Dantas Martins Função: MEDICO

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)  
 Cefaleia: Dor em Região dorsal, onda CRM-PB 7778 exacerbação em meados da noite.  
 e espasmos, corte lacerante em lado, crista aguda.  
 ( ) agitação ( ) alergia ( ) Ausência de pulso (carotida) ( ) Cianose ( ) Convulsão ( ) Diarréia ( ) Dificuldade respiratória ( ) dor local cefalica.  
 ( ) febre ( ) inconsciente/ desmaio ( ) Palidez ( ) Sangramento ( ) Vômito ( ) outros: dor cervical.

### 1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 130 PA diastólica 90 Pulso: \_\_\_\_\_ FC: 87 FR: 22 TEMP: 36,8 °C Glicemia: 169 SPO<sub>2</sub> 90 Glasgow 15

### 2. VIA AÉREA

( ) Livre ( ) obstruída parcialmente ( ) Obstruída totalmente ( ) Corpo Estranho ( ) Bronco aspiração ( ) Edema de glote ( ) Obs.: \_\_\_\_\_

### VENTILAÇÃO

( ) Espontânea ( ) Parada respiratória ( ) Assistida ( ) Ritmo irregular

### EXPANSIBILIDADE

( ) Normal ( ) Superficial ( ) Regular ( ) Irregular

### ACHADOS

( ) Crepitação ( ) Enfisema subcutâneo ( ) Expectorado ( ) Hemoptise ( ) Hálito estúpido ( ) Outro: Fornecido lacerante.

### 3 - CIRCULAÇÃO

( ) Cianose ( ) Fria ( ) Úmida ( ) Normal ( ) Palidez ( ) Quente ( ) Seca ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### EDEMA

( ) Absente ( ) Palpebral ( ) Membros Inferiores ( ) Anasarca

### PERFUSÃO

( ) Normal ( ) Retardada (> 2 seg) ( ) Absente

### PULSO

( ) Regular ( ) Irregular ( ) Fino ( ) Cheio ( ) Ausente

### ECG

( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizado

03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
SAMU 192

• cefaleia  
 • dor cervical  
 • corte lacerante  
 • dor  
 • dor nasais  
 • dor dorsal.  
 • corte lacerante  
 • bronco Górgalos Sardas.  
 Enfermeira COREN-16 264.320  
 Delegada/ Bérges 023551

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

( ) Agitação  Sonoletos ( ) Coma ( ) Convulsão ( ) Otorragia ( ) Rrigidez ( ) Midriase

**5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO**

( ) Abortamento ( ) Hemorragia vaginal ( ) Normal Semana ( ) Trabalho de parto ( ) outros:

**6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

Ansiedade ( ) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) Confusão aguda ( ) Desambulação prejudicada ( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas ( ) Disreflexia autônoma  Dor aguda ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada  Medo ( ) Intolerância à atividade ( ) Mucos oral prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Perfusion tissular cerebral ineficaz ( ) Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz ( ) Perfusion tissular gastrintestinal ineficaz ( ) Perfusion tissular renal ineficaz ( ) Termoregulação ineficaz ( ) Troca de gases prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Volume de líquidos deficientes ( ) Volume excessivo de líquidos ( ) Náuseas ( ) Retenção urinária ( ) Percepção sensorial perturbada ( ) Interção social prejudicada ( ) Incontinência intestinal ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Constipação ( ) Outros:

**PROCEDIMENTOS**

( ) Desobstrução vias aéreas ( ) Intubação naso/ortotraqueal ( ) Cânia Orofaringea ( ) Ventilação mecânica (manual AMBU) ( ) Respirador  Inalação de oxigênio (O<sub>2</sub>) ( ) Drenagem torácica ( ) Massagem cardíaca externa ( ) Desfibrilação/ cardioversão  Controle de hemorragia  Curativo ( ) Punção venosa ( ) Sonda gástrica ( ) Sonda vesical ( ) Sedação ( ) Imobilização de membros  Colar cervical ( ) Tala / tração ( ) Outros:

**INTERVENÇÕES:** Foi realizada perfusão de dextrose 5% em glicose 0,9% com glicose 5% em glicose 0,9% e bicarbonato de sódio 100ml. Foi realizada intubação orofaringea com máscara de ressuscitação com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada massagem cardíaca externa com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada desfibrilação com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada punção venosa com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada sonda gástrica com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada sonda vesical com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada sedação com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada imobilização de membros com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada colar cervical com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada tala com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada tração com 100% de O<sub>2</sub> e ventilador. Foi realizada transferência para a Hcap de Trauma no jato de pronta.

Cláudia Gonçalves Sarmento  
Enfermeira COREN-PB 264.320  
Esp. Urgêncial Emergência 033555

**EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS:**

Ringer Lactato = 02 und.  
Enx. mero = 01 und.  
Comprim. = 03 past.  
Jelco 18 = 01 und.  
Atadura = 01 und.  
Fitil. de glicose = 01 und.

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

Aguilete Hipodérmico = 01 und.  
luva de proced = 04 par.  
Máscara Dese = 02 und.

Cláudia Gonçalves Sarmento  
Enfermeira COREN-PB 264.320  
Esp. Urgêncial Emergência 033555

**ENCAMINHAMENTO**

( ) Liberdade após atendimento ( ) Recusa o atendimento ( ) Óbito no local ( ) Óbito durante o atendimento ( ) Óbito durante o transporte

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

Decúbito dorsal ( ) Decúbito lateral ( ) Decúbito ventral ( ) Sentado ( ) Elevação da cabeceira (cabeça)

**SERVIÇO DE SAÚDE****RECUSO**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

R.G.

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

Médico:

Enfermeiro (s): Cláudia Gonçalves Sarmento

Téc. de Enfermagem:

Condutor: Karen Costa

Cláudia Gonçalves Sarmento  
COREN-PB 264.320 MAT.  
COREN-PB 264.320 MAT.  
MAT. Urgêncial Emergência 033555

# 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: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000023614-9

---

Nr. da Autenticação F66A05BE60D4E2DA

BETTINA ROCHA DE QUEIROZ  
RUA LUIS VAZ DE FIGUEIREDO, SIN - CENTRO  
SAO MIGUEL DE TAPUÍ/PB CEP: 56354000 (AG: 113)

Emissao: 14/08/2018 Referencia: Ago / 2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km25 - Centro Residencial - Juazeiro PB - CEP 56301-000  
Potens: 5, 10-20-1000 Nf medidor: 03000802353



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA BA  
CNPJ:09.096.183/0001-40 Inc. Ed: 16/015.023-0  
Site Fapar / Carta de Energia Elétrica N°UC 077.176  
Cód. para Déb. Automático: 03007199629

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	14/08/2018	12/09/2018	963.322.294-68 nsc Eai

UC (Unidade Consumidora): 5/789952-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/07/18 Leitura: 10598	Data: 14/08/18 Leitura: 10585	1	57	22

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Básico	ICMS/RB	ICMS	ICMS/RB	ICMS/RB	ICMS/RB	
CC1	Descrição									
D001	Consumo em kWh	57.000	0,717530	40,90	40,90	25	10,22	40,90	0,44	2,04
D001	Adic. B. Vermelha			4,13	4,13	25	1,03	4,13	0,04	0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 07/2018		0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018		1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018		0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Bem : TOTAL 46,16 45,03 11,25 46,03 0,49 2,24

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL R\$ 46,16  
48 21/08/2018

Histórico de Consumo (kWh)

44	50	48	59	54	52	8	61	24	29	50	82	2018
Agosto 17	Setembro 17	Outubro 17	Novembro 17	Dezembro 17	Janeiro 18	Fevereiro 18	Março 18	April 18	May 18	June 18	July 18	

RESERVADO AO CONSUMIDOR  
c927.ee11.b68e.7da2.b80e.754a.a0a9.e766.

Indicadores de Qualidade		
	Limites da ANEEL	Apurado
DICENSAIS	5,71	0,75
DICTRIMESTRAL	12,64	NOMINAL
DICANUAL	25,95	223
FICENSAIS	5,48	1,00
FICTRIMESTRAL	6,87	CONTRATADA
FICANUAL	13,35	LIMITE INFERIOR
DMIC	2,11	231
DIGRI	14,42	0,75

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. e/ou Impostos/PE	19,79	23,37
Consumo de Energia	12,02	13,94
Imposto de Transportes	1,85	2,00
Encargos Sociais	2,28	2,43
Impostos Diretos e Encargos	19,16	21,71
Outras Bemigas	0,06	0,06
Total	46,16	100,00

Valor de FUSO (Ref 6/2018) R\$ 15,62

Leratura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

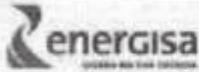
03 OUT. 2018

PROTOCOLO

ALMOÇO PESSOAL



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA  
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO  
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)



Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica  
Rotativo: 007-0001-400-3140 0  
Nº de Medidor: 00006162616 Referência: AGO/18  
Emissão: 16/08/2018

ENERGIA DA PARAÍBA - SISTEMA DE ENERGIA DA  
SA-019, MA-25 - Centro Administrativo - João Pessoa / PB - CEP 58010-048  
CEP: 58000-000-0001-00 - Insc. Est. 15215.225-6  
Nota Fiscal/Carta de Entrega Eletrônica  
NP 011.158.798

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Nº legal: Ceará sempre é o maior a dentro

0800 083 0196

ligação gratuita

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Identificador para Débito Automático: 00002.809125

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

CANAL DE CONTATO

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANTEL	APARECIDO	LIMITES DE TENSÃO [V]
DCM MENSAL	4.29	337
DCM TRIMESTRAL	9.91	
DCM ANUAL	19.82	
FIC MENSAL	3.23	165
FIC TRIMESTRAL	6.47	
FIC ANUAL	13.2	
EMC	2.77	337
DCRS	12.23	

DCM: nº de fases que o cliente fala com a energisa. FIC: nº de fases que o cliente fala para a energisa. EMC: denota as ameaças de maior interrupção de energia no período. Durante os meses de maior intensidade, a energia é fornecida a critérios. Resultados obtidos são adequados para reduzir o risco das possíveis falhas e/ou ameaças de interrupção de energia. A energia é consumida de forma a respeitar a demanda de consumo.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

ENERGIA DA PARAIBA 00006162616

PERÍODO INFORMADO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO DE CONSUMO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	200,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00
CONSUMO DE GÁS NATURAL	0,00
CONSUMO DE LÂMPADA	0,00
CONSUMO DE OUTROS	0,00
TOTAL	200,00

CONTA REFERENTE A

AGO/18

APRESENTAÇÃO

21/08/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

13/09/2018

FATURAS EM ATASCO

DEMONSTRATIVO

CGC Descrição	Quantidade	Preço	Valor Total	Base CAC	AVG	ICMS	ICMS (R\$)	ICMS (R\$) Produtiva (R\$)	ICMS (R\$) Serviços (R\$)
0001- Consumo antigo	200,00	0,730000	146,00	211,38	27	0,07	211,38	2,28	18,86
0002- ANS- B-Verba		21,38	21,38	21,38	27	0,76	21,38	0,28	1,07
0003- LANCAMENTOS E REVISÃO									
0004- CONTRIBUICAO PÚBLICA		16,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004- JUROS DE MORA 07/08		1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005- MULTA 07/08		4,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006- COMPENSACAO POR INDICADOR-DIAS 06/01		4,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008- ATUALIZACAO MONETARIA 07/08		9,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCG: Código de Classificação de Item Total: 248,61 211,74 62,83 202,79 2,62 11,62

ATENÇÃO

Média últimos meses (kWh)

227

VENCIMENTO

29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 248,61

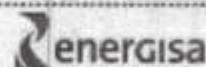
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

321 171 185 132 261 257 287 358 252 264 202 251  
AGO/17 SET/17 OUT/17 NOV/17 DEZ/17 JAN/18 FEVEREIRO MARÇO ABRIL MAIO JUNHO JULHO AGO/18

Reservado ao Fisco

03 OUT. 2018

PROTÓCOLO



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Referência: 007-0001-400-3140

6360000002-4 40610140000-2 02100122915-6 080000101015-2



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MÁRCA DA

29/08/2018 R\$ 248,61 200012-2018-248

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Floriana de Souza Corrêa, inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo de Albuquerque, inscrito  
no CPF sob o Nº 083.665.074-32, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Gustavo de Albuquerque Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.665.074-32, 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		Número	Complemento
<u>Rua da República</u>		<u>390</u>	
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83)918873-0310</u>

João Pessoa, 04 de 10 de 2018  
Local e Data

Floriana de Souza Corrêa  
Assinatura do Declarante

03 OUT. 2018  
PROTÓCOLO

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aracide Rocha de Queiroz,  
RG nº 966833, data de expedição 07/12/1982  
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 47576766468 com  
domicílio na cidade de São Miguel de Taipu Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Luis das de Figueiredo, nº 12,  
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 Christiane de Albuquerque Oliveira <sup>cujos</sup> o condutor era  
Christiano de Albuquerque Oliveira

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 150 Titan Esq  
Ano: 2014  
Placa: 0X09687/PB  
Chassi: 9C2KC1650ER003776  
Data do Acidente: 22/01/2018  
Local e Data: São Miguel de Taipu, 17/09/2018

Aracide Rocha de Queiroz  
Assinatura do Declarante

Christiane de Albuquerque Oliveira

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

CARTÓRIO REG.CIVIL E TABELIONATO FALCÃO

Praça Elias Cavalcanti, S/N, Centro, São Miguel de Taipu

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ

Deu fe. São Miguel de Taipu/PB - 17/09/2018

Tabelião Belº PATRÍCIA CAVALCANTE FALCÃO GRANJA REGISTRA

Selo Digital AHK45616-MXL9

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$



03 OUT. 2018

PROTÓCOLO  
S. MIGUEL DE TAIPU



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO 25/12/87

NOME DA MÃE MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 106751

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1057446

DATA DO ATENDIMENTO 22/01/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE MANDIBULA

CID 10 S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO CONTUSÃO FACIAL, CRANIO, COM PERDA DE CONSCIENCIA . PRESENÇA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO, LABIO INFERIOR E MENTO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE FACE , TC DE CRANIO , TC COLUNA CERVICAL,

RX DE TORAX,

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC FACE - FRATURA DO CONDULO DIREITO DA MANDIBULA

03 OUT. 2013

PROTÓCOLO

~~ENTREGUE PESSOAL~~

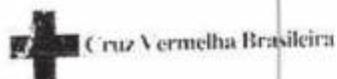
*Elivaldo Sales de Toledo*

*Cirurgião Geral*

*CRM: 1873/PB*

*Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO*

*CRM: 1873/PB*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: ARTHUR  
SARAIVA DE MIRANDA LUNA  
Em: 23/01/2018 10:02:29

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		Boletim de Atendimento <b>1057446</b>	Data/Hora Entrada <b>22/01/2018 13:45:57</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>25/12/1987</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>164036544040005</b>	Prontuário <b>106751</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

EVOLUÇÃO MÉDICA (ARTHUR SARAIVA DE MIRANDA LUNA - 23/01/2018 10:02:25)

## EVOLUÇÃO

#### DESCRICAO DA EVOLUCAO:

## RISCO CIRURGICO

RISCO CIRÚRGICO PACIENTE ACIMA ENCONTRA-SE APTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, NEGA QUETAS

PACIENTE ACIMA ENCONTRA-SE A  
CARRIOLÓGICAS. NEGA TABAGISMO.

CARDIOLOGICAS. NEGA TABAGISMO.  
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EXAME: ECG, ELETROENCE

AO EXAME: EGR, EUPNEICO.  
SONAE: RR EM 3 TEMPOS SEM SOPROS

BCNF, RR EM 2 T

PA: 130/80MMHG.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02  
Responsável pela informação: ARTHUR SARAIVA DE MIRANDA LUNA

Número Conselho: 8677

Dr. Arthur Saraiva +  
Cardiologista / Ecocardiologista  
CRM-PB - 8677  
CREMEPE 21.236

PROTÓCOLO DE PREVIDENCIÁGEM  
03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
10. SÓLIDAS PESSOAS

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

**Conduta**

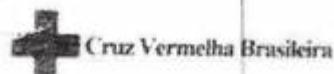
Internar Paciente



CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO  
(: 3057/PB)

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA




**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		BAE <b>1057446</b>	Data/Hora Entrada <b>22/01/2018 13:45:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>25/12/1987</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>164036544040005</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987199335</b>
Mãe <b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				Prontuário
Endereço <b>Professora Maria Amélia Torres, 274</b>		Bairro <b>Cruz das Armas</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>CARLOS MAGALHÃES FRANCA</b>	Nº Cons. Regional <b>3792/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/01/2018 13:45:57</b>			Data/Hora Prescrição <b>22/01/2018 13:55:24</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

CT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+TCE+ESCORIAÇÕES  
 PELO CORPO+HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)  
 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA + BMF

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Dr. Carlos Magalhães Franca  
 CRM-PB 3792  
 083-0027702  
 CARLOS MAGALHÃES FRANCA  
 (: 3792/PB)

63 OUT. 2013  
 PROTOCOLO  
 02.10.2013

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		BAE 1057446	Data/Hora Entrada 22/01/2018 13:45:57	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1987		Idade 30	Sexo Masculino	CNS 164036544040005
Mãe <b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				Telefone de Contato (83) 987199335
Endereço <b>Professora Maria Amélia Torres, 274</b>		Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO</b>	Nº Cons. Regional 3057/PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57			Data/Hora Prescrição 23/01/2018 01:49:44	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO RELATANDO O USO DE CAPACETE. NEGA  
ÓMITO, ALERGIA MEDICAMENTOSA, DOENÇAS DE BASE, RELATA DESMAIO (SIC).

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, EM MACA, SEM  
SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL AO TOQUE, VIAS AEREAIS PERTURBADAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, LIMITAÇÃO DE ABERTURA  
BUCAL, OSSOS NASAIS EM POSIÇÃO SEM DESVIO OU CREPITAÇÃO, MARGENS SUPRA + INFRA ORBITÁRIAS  
BILATERAIS SEM ALTERAÇÕES, ARCOS FACIAIS BEM PROJETADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES  
PRESERVADOS, OCCLUSÃO INSTAVEL, FCC EM REGIÃO DE LÁBIO INFERIOR E REGIÃO SUBMENTONIANA.

TC: OBSERVA-SE FRATURA BAIXA DE CONDILO MANDIBULAR (D).

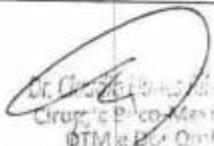
CD: 1- ORIENTAÇÕES 2-SUTURA 3- AGUARDO LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA INTERNAÇÃO  
BMF

## CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

## Conduta

Em observação

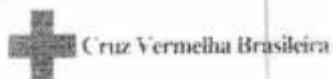


Dr. Cláudio Nunes Ribeiro Neto  
Cruz Vermelha Brasileira - PB  
IDTM 3057/PB

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO  
(: 3057/PB)

03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
A.C. JOÃO PESSOA



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		BAE 1057446	Data/Hora Entrada 22/01/2018 13:45:57	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1987		Idade 30	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987199335
Mãe <b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				Prontuário
Endereço Professora Maria Armélia Torres, 274		Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO	Nº Cons. Regional 3057/PB
Data/Hora Classificação: 22/01/2018 13:45:57			Data/Hora Prescrição 23/01/2018 02:42:56	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

À TEMPO. PACIENTE LIBERADO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD: INTERNAÇÃO PELA BMF

### DIETA

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

DIETA BRANDA, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSMS)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSMS)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSMS)

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSMS)

3 OUT. 2013

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

TETANOGRAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSMS)

### CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

### EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

Documento registrado por CARLA FREDERICA LINH - 23/01/2018 13:46:08

HEMOGRAMA

**AREA VERMELHA**
**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**
**Tel:**
**CNES: 6121221**

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		1057446	22/01/2018 13:45:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo		
25/12/1987	30	Masculino	CNS 164036544040005	Telefone de Contato (83) 987199335
Mãe			Prontuário	
<b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				
Endereço	Bairro	Município	UF	
<b>Professora Maria Amélia Torres, 274</b>	<b>Cruz das Armas</b>	<b>JOAO PESSOA</b>	<b>PB</b>	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
<b>VEICULO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO</b>	<b>10452/PB</b>	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
22/01/2018 13:45:57		23/01/2018 02:29:02		
Convênio	Nº Matrícula		Senha	
<b>SUS</b>				

**Anamnese**

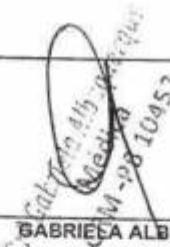
Paciente com história de relato de queda de moto com perda de consciência. realizada sutura de fcc em joelho esquerdo e oração e antebraço esquerdo sem intercorrências, com nylon 3.0.

Exame: consciente, orientado, eupneico, palpação do torax indolor, sem crepitações

Abdome: plano, depressível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal

raio x de torax sem alterações compatíveis com o trauma pelo método

cd: alta da cirurgia geral + aos cuidados da bmf + novo parecer se necessário + à disposição + atb + analgesia + retirar pontos com 10 dias

**Conduta**
**Em observação**

**GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO  
(: 10452/PB)**
**CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA**

**03 OUT. 2013**
**PROTÓCOLO**

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2458276

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		BAE 1057446	Data/Hora Entrada 22/01/2018 13:45:57	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 164036544040005	Telefone de Contato (83) 987199335
Mãe <b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				Prontuário
Endereço <b>Professora Maria Amélia Torres, 274</b>		Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO</b>	Nº Cons. Regional 4687/PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57		Data/Hora Prescrição 22/01/2018 21:26:41		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

**Anamnese**

EUROCIRURGIA - QUEDA DE MOTO, COM LACUNA AMNÉSICA E CERVICALGIA. BEG, EUPNEICO, GLASGOW 15, SEM DÉFICTS. TC DE CRANIO E CERVICAL SEM FRATURAS, LUXAÇÕES E/OU LESÕES DE PARTES MOLES NEUROCIRÚRGICAS (FRATURA DE RAMO DE MANDÍBULA?). CD.: ALTA DA NEUROCIRURGIA

**Conduta**

Em observação



CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(CRM: 4687/PB)

PROTÓCOLO  
DE PESCA  
03 OUT. 2013

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA</b>		BAE 1057446	Data/Hora Entrada 22/01/2018 13:45:57	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 164036544040005	Telefone de Contato (83) 987199335
Mãe <b>MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE</b>				Prontuário
Endereço <b>Professora Maria Amélia Torres, 274</b>		Bairro Cruz das Armas	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Moço <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TALVANE SOBREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>2262/PB</b>
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57		Data/Hora Prescrição 22/01/2018 21:37:18		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

**Anamnese**

CIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISTICO. RELATA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS.  
CONTRA-SE EM BEG LOTE.  
CLICITO TC DE FACE ; APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME DE IMAGEM ELUCIDAÇÃO DO CASO E TRATAMENTO A SEGUIR.

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

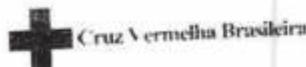
**Dados coletados anteriormente**  utilizar na impressão?

**Conduta**

Em observação

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

TALVANE-SOBREIRA  
(: 2262/PB)



Identificação do paciente			
ID 1254185	Nome CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/12/1987	Idade 30 anos 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE			Pai RAIMUNDO MEIRELES DE OLIVEIRA
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ALESSANDRA GOMES - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987199935	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 8119839	Nº Cns 164036544040005	
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPU		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58085130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Professora Maria Amélia Torres
Número 274	Complemento		Bairro Cruz das Armas
Admissão			
Data e Hora 22/01/2018 13:45:57	Número da pulseira 1000006176890	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
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 <i>Get socorr, paciente queimado e relato de perda de consciência no local do acidente</i>			
COREN PB 132215 MINISTÉRIO DA SAÚDE - XAVIER DE MATOS EMERGÊNCIA HOSPITALAR ENFERMAGEM HOSPITALAR			CID
Diagnóstico			Tempo 31seg
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			<i>6307.2013</i> <i>PROTÓCOLO</i>

Imprimir



Atendimento: 201831071206

Idade: 30 anos

Paciente: CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Data: 22/01/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIOS**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Fratura do condilo direito da mandíbula.

Não há sinais de conteúdo, formações expansivas ou espessamento mucoso nos seios paranasais.

Paredes ósseas sinunasais íntegras.

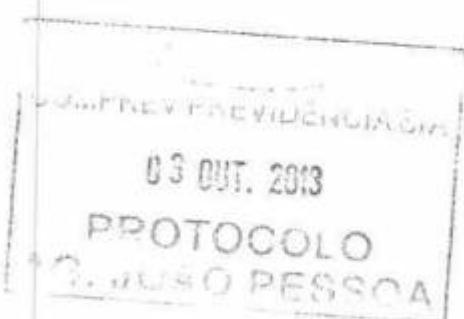
Unidades óstio-meatais livres.

Septo nasal sem desvios significativos.

Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 22/01/2018 23:35.

  
**Dr. Tiago Nepomuceno**  
CRM 6723 - PB

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIR

25/12/1987

ID: 000000053156

Sex: Male

30 years

10 cm



R

H

HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMA

TC SEIOS DA FACE

Study ID: 33453

Ac. Nb: 300001168505

Acq.: 22/01/2018

Acq.: 22:54:39.000158

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 46,44%

Window/Level: 553/2

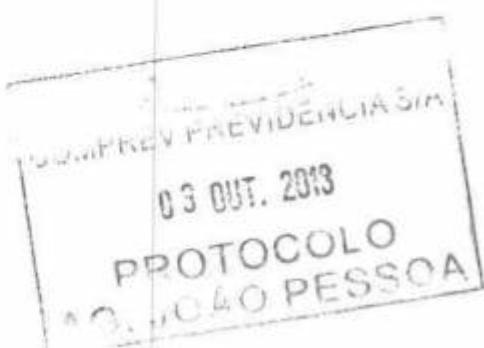
CT (888x569) - CORONAL

Series Nb: 1

Scout

Thickness: 310.73 mm

Location: 150 mm



CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIR

25/12/1987

ID: 000000053156

Sex: Male

30 years

10 cm

P

Frame: [2] 1 / 1

Zoom: 46,44%

Window/Level: 500/50

CT (888x569) - SAGITTAL

H

HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMA

TC SEIOS DA FACE

Study ID: 33453

Ac. Nb: 300001168505

Acq.: 22/01/2018

Acq.: 22:54:58.000344

Series Nb: 1

Scout

Thickness: 310.73 mm

Location: 150 mm

03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

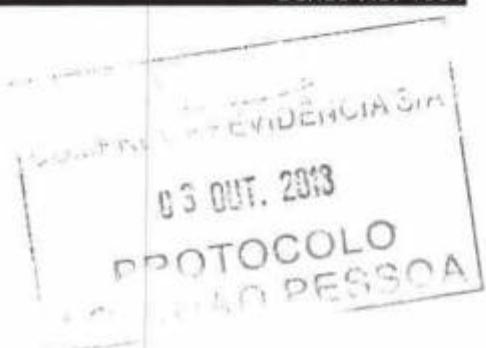
CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA  
25/12/1987  
ID: 000000053156  
Sex: Male  
30 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001167386  
Acq.: 22/01/2018  
Acq.: 14:10:36.000056



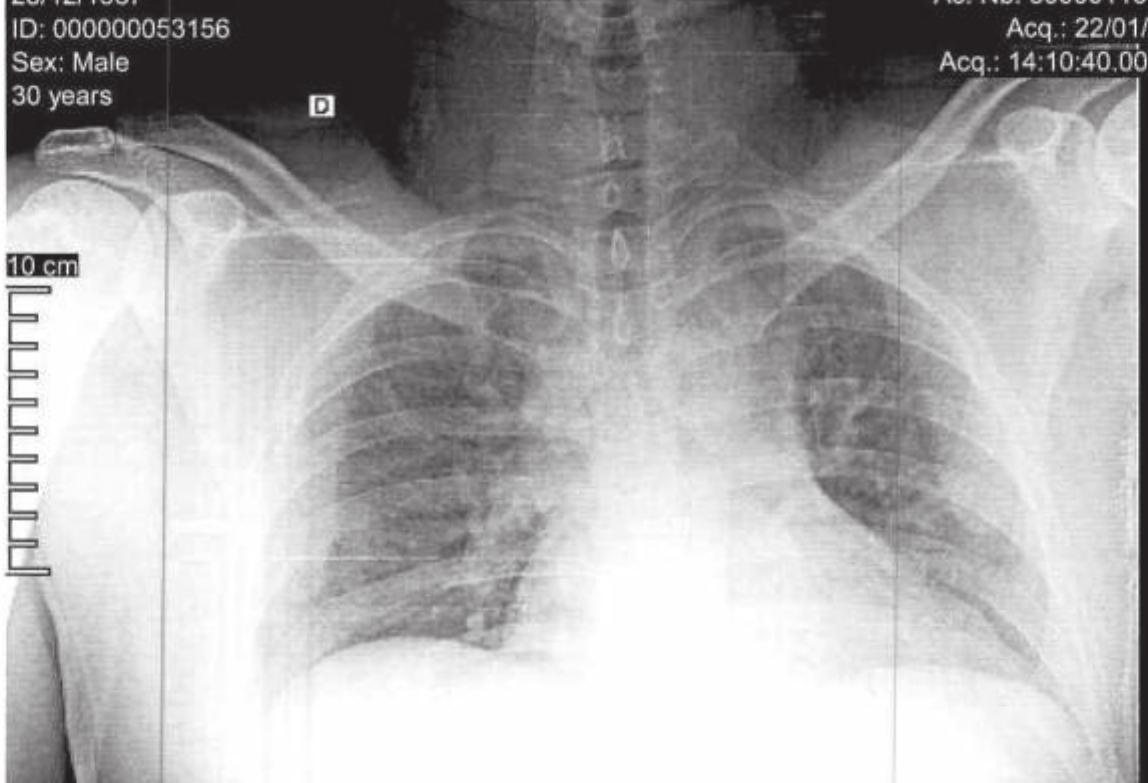
Frame: [1001] 1 / 3  
Zoom: 25,64%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1760x2140)

Series Nb: 1001



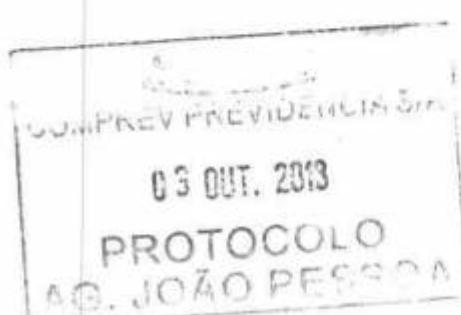
CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA  
25/12/1987  
ID: 000000053156  
Sex: Male  
30 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001167386  
Acq.: 22/01/2018  
Acq.: 14:10:40.000645



Frame: [1002] 2 / 3  
Zoom: 21,09%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (2140x1760)

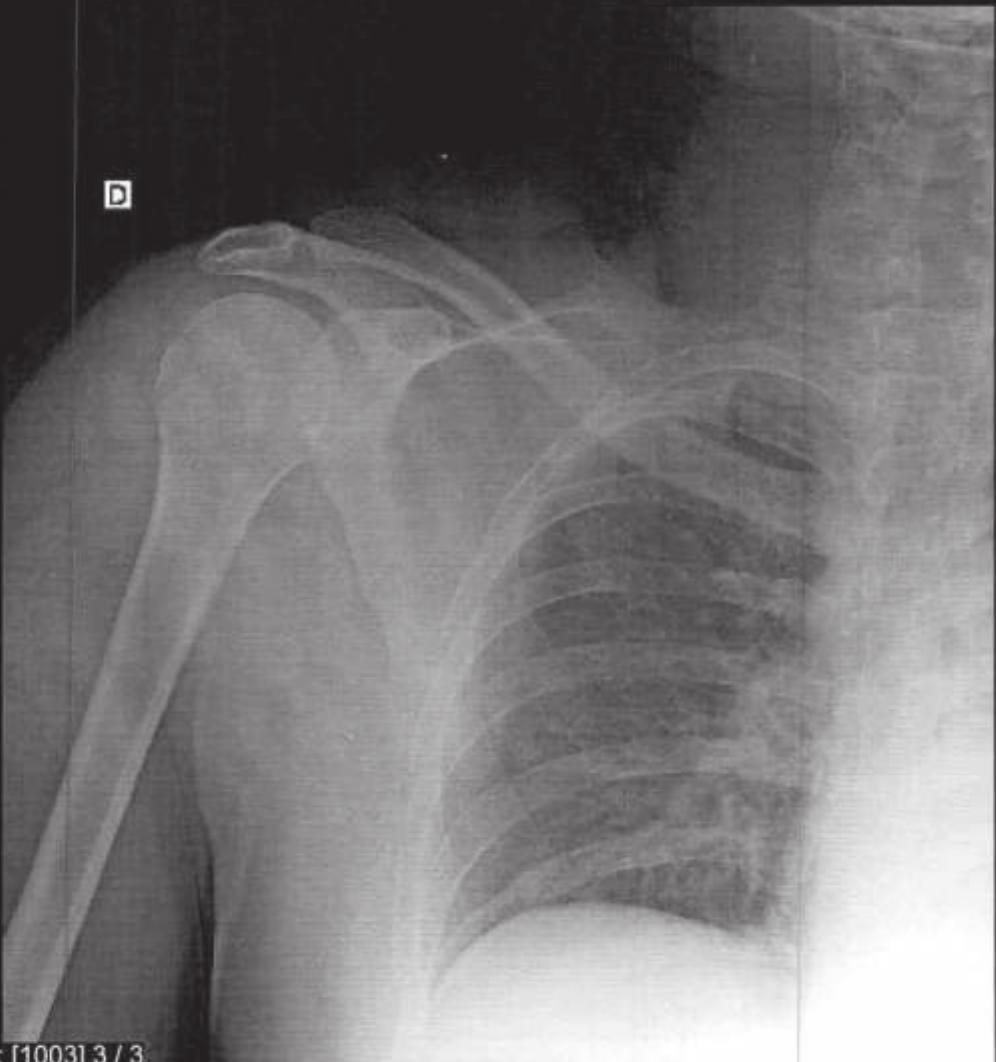
Series Nb: 1001



CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA  
25/12/1987  
ID: 000000053156  
Sex: Male  
30 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001167386  
Acq.: 22/01/2018  
Acq.: 14:12:48.000030

20 cm



Frame: [1003] 3 / 3

Zoom: 25,64%

Window/Level: 1.023/511

CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO  
A. PESSOA



PROTÓCOLO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
03 OUT. 2013  
PROTÓCOLO DE PREVENÇÃO







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PE		Nº 012711330542	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	OD. RENA PRT	20160000393980-0	
E	1 0059641957-0	00/00000000	2016
NOME			
ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ			
CPF / CNPJ		PLACA	
47576766468		0X09687/PB	
PLACA ANT. AUF		CHASSI	
NOVO		9C2KC1650ER003776	
ESPECIE / TPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC		ALCO / GASOL	
TURMA / MACHOLO		ANO FAB / FAB / NUD	
HONDA / CG 150 TITAN ESD		2013	2014
CAR / POT / CH		COR PREDOMINANTE	
2 P / 149 / CI		PARTIC	BRANCA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPVA PAGO EM		05/09/2016	1º VENC. / COTAS
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		0	2º
HEMIS TARIFARIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
*****		DATA DE PAGAMENTO	
*****		SEGURADO PAGO 05/09/2016	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			

SAO-MIGUEL DE TABUA - RR

32280



Amelia M. Silver

DATA  
08/09/2015  
40720

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

PB Nº 012711330542 BILHETE DE SEGURO DPVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

47576766468guradoralider.com OX09687/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA		E2016		08/09/20	
ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ				PLACA	
TIENAVAM		MARCA / MODELO			
ANO FAB.		CAT. TARE		Nº CHASSI	
1		47576766468		OX09687/P	
00596419570		HONDA ACG150		TITAN PSD	
FNS (R\$)		DENATRAN (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
2013		9		9C2KC1650ER003776	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		ICP (R\$)		VALOR PAGO E/OU PENDENTE	
*****		PAGAMENTO		SEGURO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO		PAGO	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.245.000/0001-04

40720-1037182-20160908

卷之三

83 OUT. 2013

## PROTOCOL

10 PAGES

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180464015      **Cidade:** São Miguel de Taipu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE      **Data do acidente:** 22/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
 OLIVEIRA

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

**Data da análise:** 05/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO CÔNDILO DIREITO DA MANDÍBULA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO D E ESTRUTURA CRANIO FACIAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL OU ANATÔMICA RESIDUAL DE ESTRUTURA CRANIO FACIAL

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180464015      **Cidade:** São Miguel de Taipu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 22/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO CÔNDILO DIREITO DA MANDÍBULA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Christiano de Albuquerque Oliveira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: tralente  
Identidade: 3.199.839 CPF: 083.665.074-32  
Endereço: Rua Henrique Vaz de Figueiredo, 5/n

### OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silveira Bamaro  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Advogada  
Identidade: 267.119.0 CPF: 048.079.624-69  
Endereço: Rua da República, nº 390, Centro

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

Christiano de Albuquerque Oliveira.

J. Pessoa, 13/09/2018  
Local e data

03 OUT. 2018  
PROTÓCOLO

Christiano de Albuquerque Oliveira  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363681/18

**Vítima:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**CPF:** 083.665.074-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/01/2018

**Titular do CPF:** CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA : 083.665.074-32

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA