



Número: **0869024-75.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33831606	01/09/2020 11:03	2746779_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180464015**

Vítima: **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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13444092

Pag. 01349/01350 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Christiano de Albuquerque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Christiano de Albuquerque Oliveira		083.665.074-32		vigilante	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Luis Vez de Figueiredo		P/n			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro	São Miguel de Itaipava	RJ	58334000		
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V		CONTA NRO. 00023614 D/V 9		BANCO Nome		NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

f. Pessoa 13 de 09 de 2018
Local e Data

Christiano de Albuquerque Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



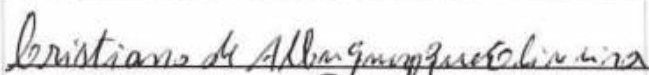


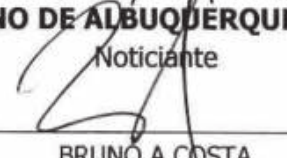
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 035/2018

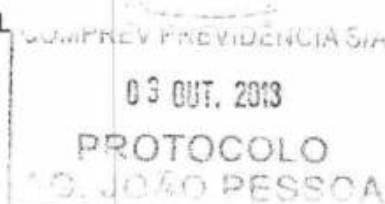
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 035/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 7 de agosto de 2018, nesta cidade de São Miguel de Taipu, Estado da 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 Nº 083.665.074-32, nascido (a) em 25/12/1987, brasileiro (o), natural de Joao Pessoa/PB, união estavel, 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 em 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 além 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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JURIPIRANGA
SECRETARIA DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



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

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 22/10/18 **Ocorrência n.º:** 1959118 **Paciente/usuário:** Cristiane Albuquerque Oliveira **Idade:** 30 **Sexo:** (X) Masc. () Fem.
Local da ocorrência: PB 038 **Bairro:** ZONA RURAL **Médico regulador:** JULIANA
Apoio no local: (X) PM () Resgate/Bombeiros () Resgate/PRF () CPTAN () SITRANS () Outro:
() Socorrido por terceiros () Recusou atendimento (X) Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:

TIPO DE AGRAVO

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

ANTECEDENTES

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

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

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Cefaleia: Dor em Região dorsal, em região dorsal, dor local calma.
Exame físico: sem alterações em todos os membros superiores e inferiores.
() agitação () alergia () Ausência de pulso (central) (X) Cianose () Convulsão () Diarreia (X) Dificuldade respiratória () dor local calma.
() febre (X) Inconsciente/ desmaio (X) 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: 164 SPO2: 90 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

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

VENTILAÇÃO

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

EXPANSIBILIDADE

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

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectoração () Hemoptise () Hálito etílico () Outro: Ferimentos lacertados.

3 - CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida (X) Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros:

EDEMA

(X) Ausente () Palpebral () Membros inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

(X) Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

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

ECG

() Normal () Alterado (X) Não realizado

• cefaleia
• dor cervical
• lesão lacertada
• calma
• dor Região Dorsal.
• cont. lacertada
Brenda Gonçalves Santos
Enfermeira COREN-PA 264.320
SAMU 192 - Juripiranga



4- EXAME NEUROLÓGICO

() Agitação (x) Sonolência () Coma () Convulsão () Otorragia () Rigidez () Midríase

5- EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

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

6- DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(x) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autônoma (x) Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (x) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume excessivo de líquidos () Náuseas () Retenção urinária () Percepção sensorial perturbada () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador (x) Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão (x) Controle de hemorragia (x) Curativo (x) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros (x) Colar cervical () Talas / tração () Outros:

INTERVENÇÕES: Foi realizada perfusão de drogas via cateter, compressas em membros inferiores, braço esquerdo, joelho esquerdo, AVP + Ringer lactato + protocolo ABCDE + Transporte para o Hosp de Trauma no período.

EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS:

01/09/2020 21:33
PROTÓCOLO

Ringer lactato = 02 und.
Enfermagem = 01 und.
Compressas = 03 part
Talas 18 = 01 und.
Atadura = 01 und.
Fita de gesso = 01 und.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Agulha Hipodérmica = 01 und.
Luva de procedimento = 04 par
Máscara Dase = 02 und.

Daniel Gonçalves Sarmiento
Enfermeiro COREN-PB 264.320
Esp. Urgência Emergência 10355

ENCAMINHAMENTO

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

POSICÃO DE TRANSPORTE

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

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSO

Nome:

Assinatura:

R.G.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico:

Enfermeiro (a):

Téc. de Enfermagem:

Condutor:

Daniel Gonçalves Sarmiento
COREN: 264.320 MAT:
COREN: 264.320 MAT:
MAT: 10355



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



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



Classe/subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Rotômetro: 007-0001-400-3140
Nº do Medidor: 00008162816
Referência: AGO/18
Emissão: 16/08/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 150, Av. 25 - Centro - João Pessoa / PB - CEP 58010-180
CNPJ 06.966.193/0001-00 Insc. Est. 15.215.828-6
Nº 011-158.738

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Atendimento sempre em mãos a conta



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800125

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

CANAL DE CONTATO

Indicadores de Qualidade		Comparar com o Regio	
	APURADO		
DIC MENSAL	4.31	3.37	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	5.21		CONTRATADA
DIC ANUAL	19.83	1.60	LIMITE INFERIOR
PIC MENSAL	3.23		LIMITE SUPERIOR
PIC TRIMESTRAL	6.21		
PIC ANUAL	13.8		
DNOC	2.77	3.37	
DNOC	12.33		

DIC - IP de tensão que o cliente recebe em energia. IC - IP de tensão que o cliente recebe em energia. DNOC - Abatimento em energia, da tensão recebida de energia no período DIC. Duração da interrupção em horas. DNOC - Abatimento em energia, da tensão recebida de energia no período DIC. Duração da interrupção em horas. DNOC - Abatimento em energia, da tensão recebida de energia no período DIC. Duração da interrupção em horas.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CEP 58010-180

UF PB

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Quantidade	Valor
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82
Consumo em kWh	248.61	11.82

CONTA REFERENTE A

AGO/18

APRESENTAÇÃO

21/08/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LETEIRA

13/09/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61
Consumo em kWh	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61	11.82	248.61

ATENÇÃO

Letra confirmada

Média últimos meses (kWh)

227

VENCIMENTO

29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 248,61

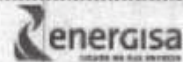
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

201	171	183	192	203	217	227	234	252	264	282	291
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

AGO/17 SET/17 OUT/17 NOV/17 DEZ/17 JAN/18 FEV/18 MAR/18 ABR/18 MAI/18 JUN/18 JUL/18

Reservado ao FISCO

27e4 5b72 e1ba d5a7 7f5aa 803a f5dc 40b6



Paraíba

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

29/08/2018 R\$ 248,61 200012018-08-1

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Rotômetro: 007-0001-400-3140

836900000002-4 48610140000-2 02900122018-6 08900001019-3



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Câmara inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Crístiano de Albuquerque inscrito
no CPF sob o Nº 083.665.074 / 32 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Crístiano 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

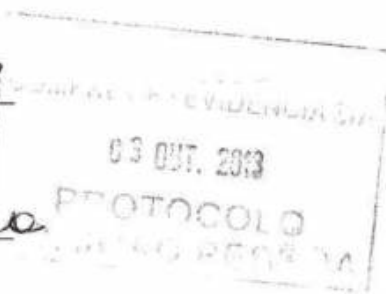
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98873-0310</u>	

f. Pessoa 04 de 10 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Câmara
Assinatura do Declarante



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 Taipá Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua das Flores, nº 12,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

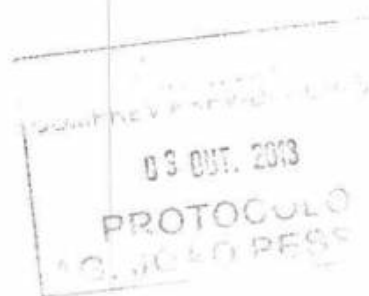
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cristiano de Albuquerque Oliveira cujo o condutor era
Cristiano de Albuquerque Oliveira

Veículo: Moto
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 Taipá, 17/09/2018

Aracide Rocha de Queiroz
Assinatura do Declarante

Cristiano de Albuquerque Oliveira

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





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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, CRÂNIO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO, LÁBIO INFERIOR E MENTO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE FACE, TC DE CRÂNIO, TC COLUNA CERVICAL,
RX DE TORAX,

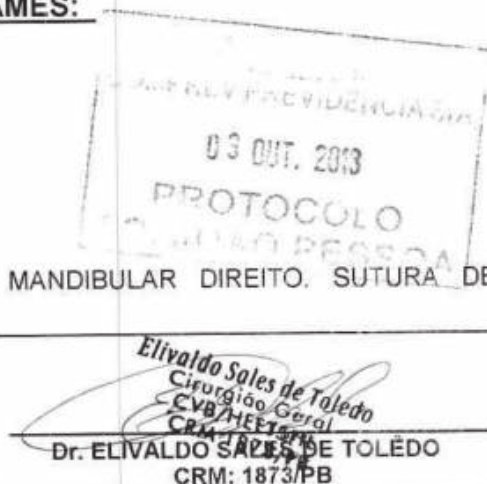
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC FACE - FRATURA DO CONDULO DIREITO DA MANDIBULA

TRATAMENTO:

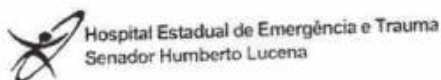
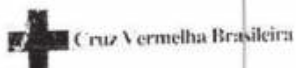
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO. SUTURA DE FERIMENTOS.

ALTA HOSPITALAR: 23/01/18
DATA DA EMISSÃO: 20/06/18



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





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

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

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

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

EVOLUÇÃO

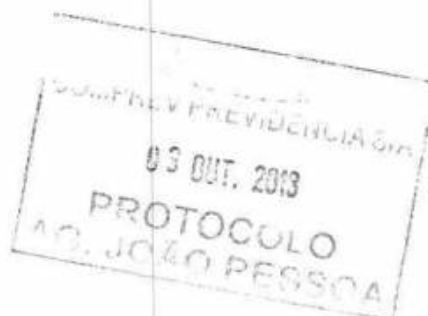
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RISCO CIRÚRGICO
PACIENTE ACIMA ENCONTRA-SE APTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, NEGA QUEIXAS
CARDIOLÓGICAS. NEGA TABAGISMO.
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.
AO EXAME: EGR, EUPNEICO.
BCNF, RR EM 2 TEMPOS, SEM SÓPROS.
PA: 130/80MMHG.
CONCLUSÃO: APTO, SEM RESTRIÇÕES, CLASSE I.

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

Número Conselho: 8677

Dr. Arthur Saraiva +
Cardiologia/Ecocardiolgia
CRM-PB - 8677
CREMEPE - 21.236



TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

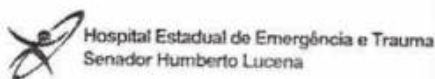
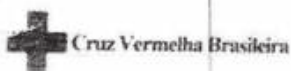
Conduta

Internar Paciente

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO
(: 3057/PB)





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

1ª VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+TCE+ESCORIAÇÕES
PELO CORPO+HISTORIA DE PERDA DE CONSCIENCIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
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 COLUMNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

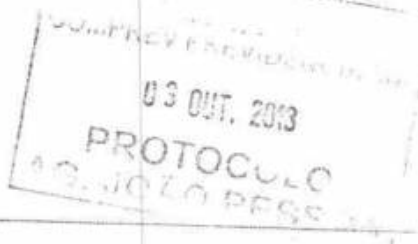
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)



Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 22/01/2018 13:46:28

0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=196968&pesquisa=S&perform=in



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:03:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111031319300000032367957

Número do documento: 20090111031319300000032367957

Num. 33831606 - Pág. 14



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	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 MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 987199335
Endereço Professora Maria Amélia Torres, 274	Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57		Data/Hora Prescrição 23/01/2018 01:49:44	Nº Cons. Regional 3057/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO RELATANDO O USO DE CAPACETE. NEGA
OMITO,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 AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS,LIMITAÇÃO DE ABERTURA
BUCAL, OSSOS NAAIS 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- AGUARDANDO LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA INTERNAÇÃO
BMF

CID10

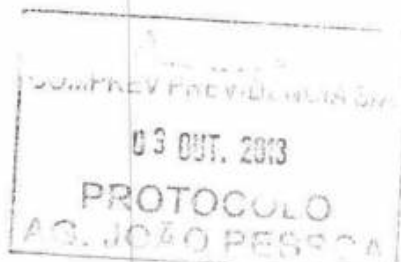
Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta

em observação

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO
(: 3057/PB)



Boletim registrado por: CARLA FREDERICA LINS em 22/01/2018 13:46:28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:03:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111031319300000032367957

Número do documento: 20090111031319300000032367957



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	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 MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 987199335
Endereço Professora Maria Amélia Torres, 274	Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57		Data/Hora Prescrição 23/01/2018 02:42:56	Nº Cons. Regional 3057/PB
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

A 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 (MGTSM)

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 (MGTSM)

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 (MGTSM)

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 (MGTSM)

Diluir

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

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

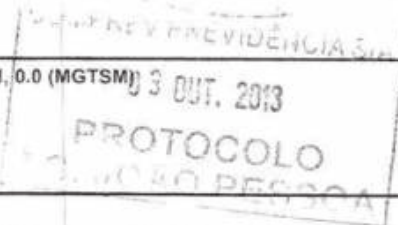
SSVV + CCGG

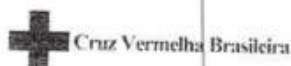
HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

HEMOGRAMA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	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	MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE					Telefone de Contato	(83) 987199335
Endereço	Professora Maria Amélia Torres, 274	Bairro	Cruz das Armas	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO	Nº Cons. Regional	10452/PB
Data/Hora Classificação	22/01/2018 13:45:57			Data/Hora Prescrição	23/01/2018 02:29:02		
Convênio	SUS	Nº Matrícula				Senha	

Anamnese

Paciente com história de relato de queda de moto com perda de consciência. realizada sutura de fcc em joelho esquerdo e braço 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 metodo
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

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO
(: 10452/PB)

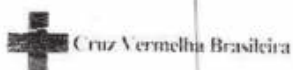
Boletim registrado por: CARLA FREDERICA LINS em 22/01/2018 13:46:28

0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=197388&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:03:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111031319300000032367957
Número do documento: 20090111031319300000032367957

Num. 33831606 - Pág. 17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	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 MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 987199335
Endereço Professora Maria Amélia Torres, 274	Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	UF PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57	Data/Hora Prescrição 22/01/2018 21:26:41		Nº Cons. Regional 4687/PB
Convênio SUS	Nº Matricula	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

Luiz Ricardo Santiago Melo
Nº de Registro - CRM 4687

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 22/01/2018 13:46:28

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=197251&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:03:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111031319300000032367957
Número do documento: 20090111031319300000032367957

Num. 33831606 - Pág. 18



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA	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 MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 987199335
Endereço Professora Maria Amélia Torres, 274	Bairro Cruz das Armas	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional 2262/PB
Data/Hora Classificação 22/01/2018 13:45:57		Data/Hora Prescrição 22/01/2018 21:37:18	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha
Anamnese			
Paciente vítima de acidente automobilístico. Relata perda de consciência, nega vômitos. Contra-se em beg lote. Solicito 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 / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES			
Dados coletados anteriormente <input type="checkbox"/> utilizar na impressão?			
Conduta			
Em observação			

CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

13/08/2018
TALVANE SOBREIRA
CRD-PB 2262
TALVANE SOBREIRA
(: 2262/PB)

03 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

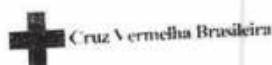
Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 22/01/2018 13:46:28

16:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=197258&pesquisa=S&idPai=&classe=PRESCRICAO&condut... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:03:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111031319300000032367957
Número do documento: 20090111031319300000032367957

Num. 33831606 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1057446



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
Mãe MARLUCE SOARES DE ALBUQUERQUE	Pai RAIMUNDO MEIRELES DE OLIVEIRA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALESSANDRA GOMES - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987199335	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 8119839	Fone Fixo
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPIU	Nº Cns 164036544040005	
Email	Tipo MUNICIPIO	UF PB
	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	Clinica	
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	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>Det. cor, consciente, orientado e relato de perda de consciência no local do acidente</p> <p>EMERGENCIA HESTIA COREN PB 132215 KAMANA RAQUEL XAVIER DE MATOS</p>						
Diagnóstico	CID					
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 31seg					

Imprimir

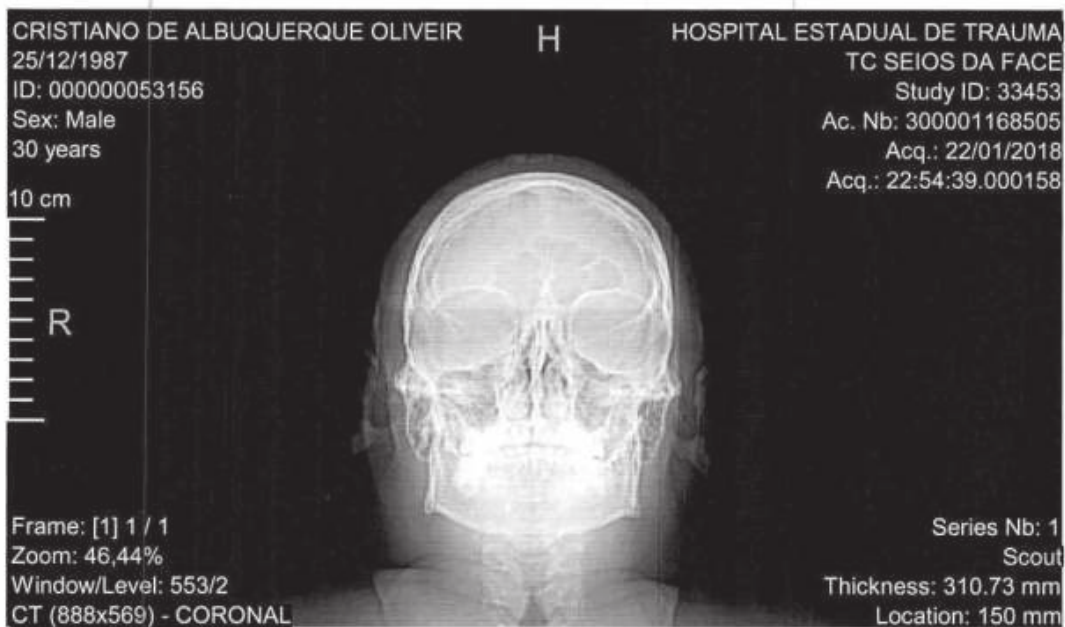
03 OUT. 2013
PROTOCOLO

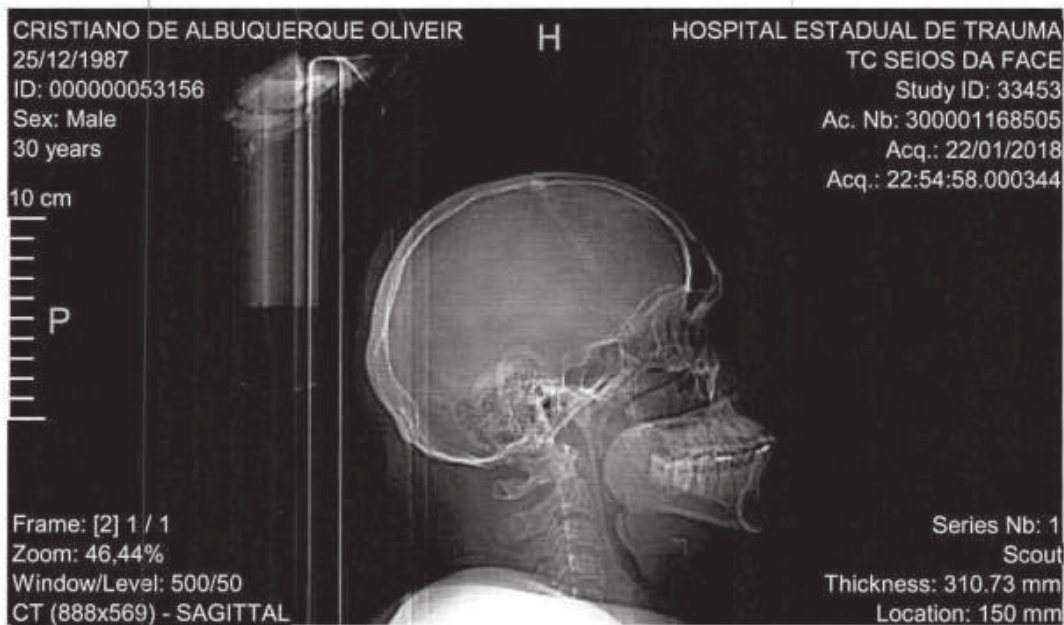




Idade: 30 anos

Data: 22/01/2018





COMPREV PREVIDENCIARIA
03 OUT. 2013
PROTOCOLO
MS. JOAO PESSOA



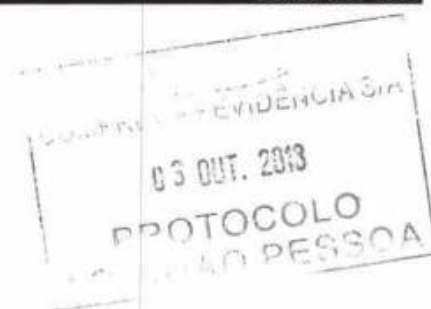
CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA
25/12/1987
ID: 000000053156
Sex: Male
30 years

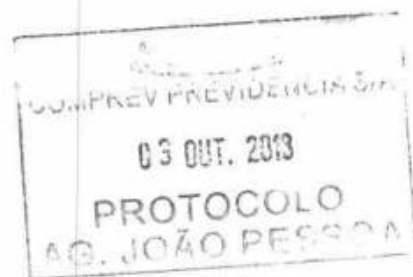
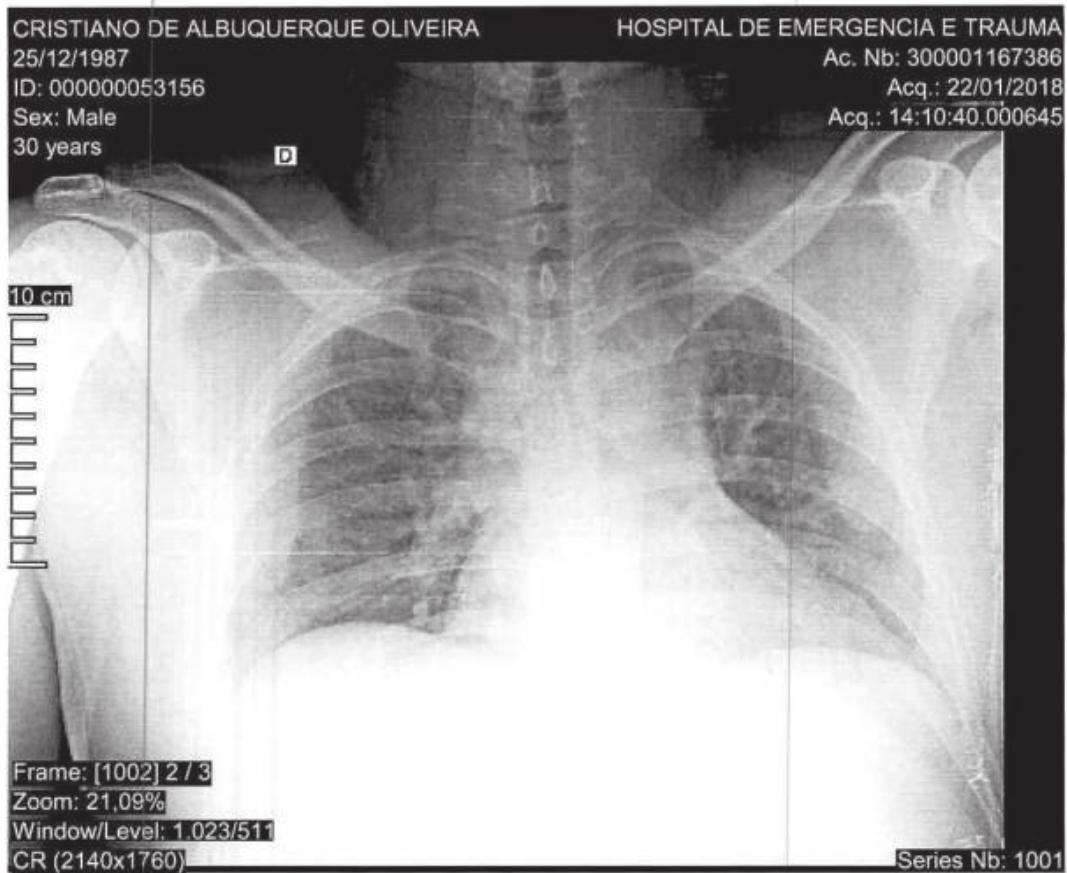
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb: 300001167386
Acq.: 22/01/2018
Acq.: 14:10:36.000056



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

Series Nb: 1001

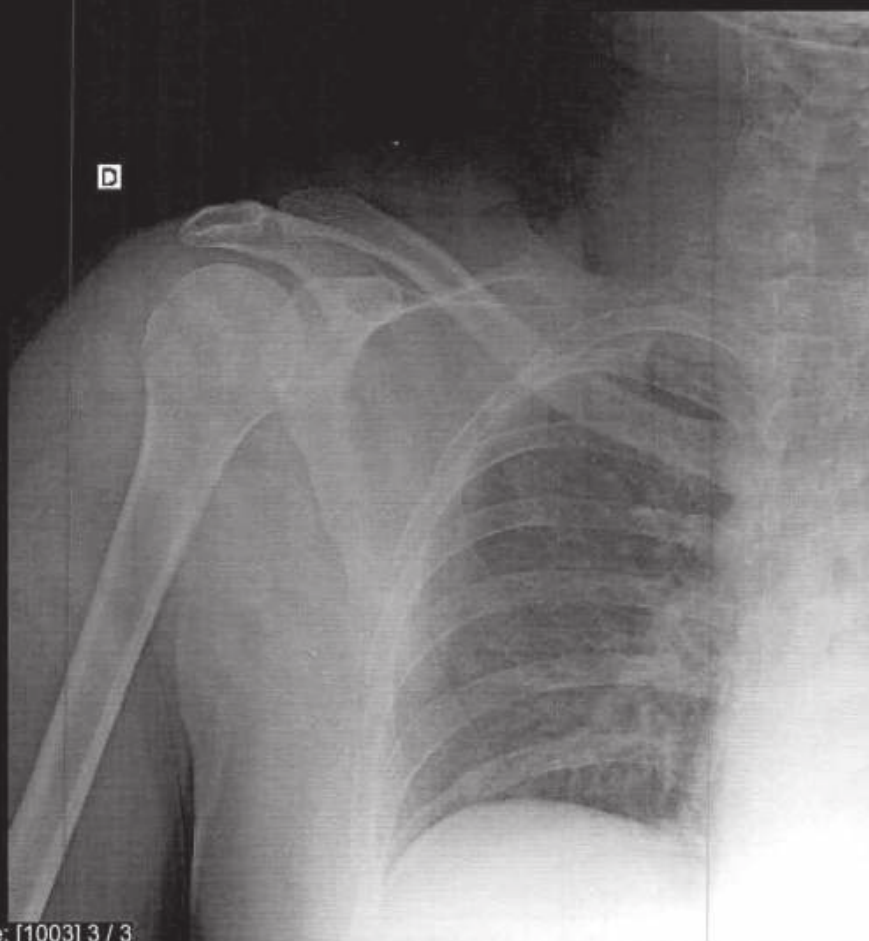




CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA
25/12/1987
ID: 000000053156
Sex: Male
30 years

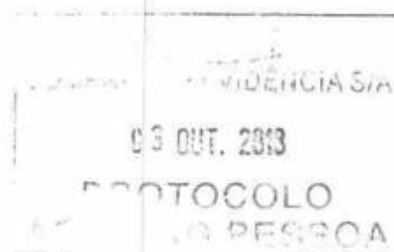
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb: 300001167386
Acq.: 22/01/2018
Acq.: 14:12:48.000030

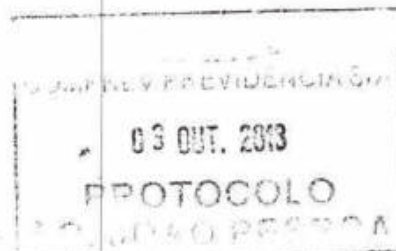
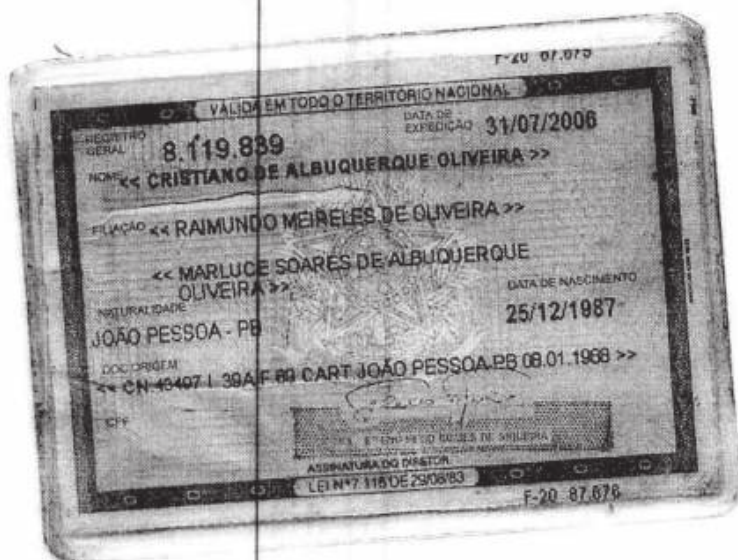
20 cm



Frame: [1003] 3 / 3
Zoom: 25,64%
Window/Level: 1.023/511
CR (1760x2140)

Series Nb: 1001





COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ADVOGADO
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

INSCRIÇÃO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA
DEPARTAMENTO
JOÃO PESSOA-FB

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1984

CPF
048.079.624-09

DATA DE EMISSÃO
01/12/2008

DATA DE VENCIMENTO
31/12/2008

ASSINATURA
Heitor da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR
Flaviana da Silva Câmara

ASSINATURA DO DELEGADO
JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13-44-LEI Nº 8.589/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
Flaviana da Silva Câmara

ASSINATURA DO DELEGADO
JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012711330542
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CDD, RENAVAM, PRT 20160000393980-0
1 0059641957-0 00/00000000 2016

ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ

CPF / CNPJ
47576766468

PLACA
OXO9687/PB

PLACA ANT. LUF CHASSI
NOVO PB 9C2KC1650ER003776

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

MARKA/MODELO ANO FAB. ANO REG.
HONDA/CG 150 TITAN ESD 2013 2014

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CL PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 05/09/2016 1ª
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª
A ***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/09/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAO-MIGUEL-DE-TAIPU-PB DATA

32280

40720

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012711330542 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ

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

47576766468 seguradoralider.com.br 09687/PB
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 08/09/20

VIA: ARACIDE ROCHA DE QUEIROZ PLACA

RENAVAM MARKA/MODELO

ANO FAB. CAT. TARG. Nº CHASSI
1 47576766468 OXO9687/PB

0059641957-0 HONDA/CG 150 TITAN ESD

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
2013 9 9C2KC1650ER003776

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE EMISSÃO DO BILHETE

***** SEGURO P A G O

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.508/0001-04

40720-1037182-20160908



03 OUT. 2013
PROTOCOLO
10.040 PESSOA



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: 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

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
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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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 EVIDENCIA 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: Cristiano de Albuquerque Oliveira
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: segurante
Identidade: 8.149.839 CPF: 083.665.074-32
Endereço: Rua Carlos Vaz de Figueiredo, D/n

OUTORGADO:

Nome: Flaviana da Silva Câmara
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: advogada
Identidade: 2671190 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

Cristiano de Albuquerque Oliveira

f. Perceira, 13/09/2018

Local e data

Cristiano de Albuquerque Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

03 OUT. 2018
PROTOCOLADO



09.330.005/0001-04
REGISTRO CIVIL E TABELIONATO FALCÃO
Praça Elias Cavalcanti s/n
Centro - CEP: 58.334-000
São Miguel de Taipu-PB



03 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363681/18

Vítima: CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CPF: 083.665.074-32

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2018

Titular do CPF: CRISTIANO DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

