

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**

Nº Sinistro: **3180349793**

Vitima: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349793**.

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 13180412



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**  
Nº Sinistro: **3180349793**  
Vitima: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**  
Data do Acidente: **26/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349793**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar ilegível

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13186928



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**  
Nº Sinistro: **3180349793**  
Vitima: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**  
Data do Acidente: **26/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349793**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13277923



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**

Nº Sinistro: **3180349793**

Vitima: **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180349793**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 058.042.274-75 Nome completo da vítima: Jeanne Islane Ferreira Alencar.

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

Nome completo: Jeanne Islane Ferreira Alencar CPF titular da conta: 058.042.274-75 Profissão: Estudante  
Endereço: Rua de Bom Jesus Número: 178 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Das Indústrias Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58083505  
E-mail: zeduardasilva@hotmail.com Telefone: (0-33) 99342.1170

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**

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

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

☐ BRADESCO (037) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0036

(Informar dígito se existir)

CONTA

23980

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

0036

(Informar dígito se existir)



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

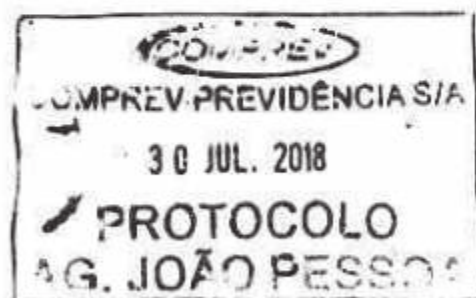
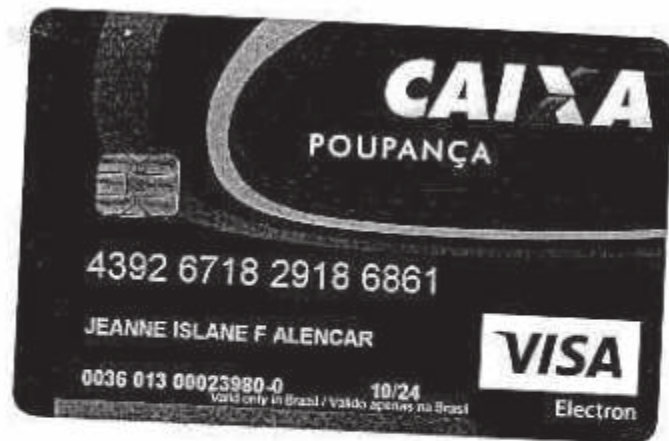
João Pessoa 30 de Julho de 2018

Local e Data

Jeanne Islane Ferreira Alencar.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01272.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01272.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:13 horas do dia 10 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Jeanne Islane Ferreira Alencar**, CPF nº 058.042.274-75, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Marilângia Ferreira Alencar e José do Agito Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/02/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Bom Jesus, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Portal do Cidade Verde Primeira Rua a Esquerda, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98656-1185.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Capitão José Pessoa, Hospital, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 22:52h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

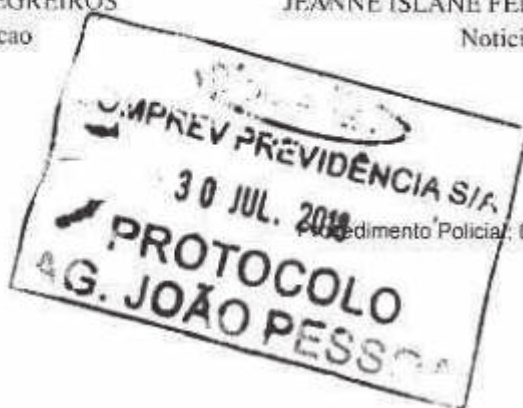
QUE, segundo a notificante, no dia 26/02/2018, por volta das 22:52 horas, vinha de carona no veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/NXR 150 BROS ES de cor preta, placa: OGE7649/PB, Chassi nº 9C2KD0550DR378700, Registrado em nome de Marilângia Ferreira Barbosa, CPF nº 554.557.864-15; QUE segundo a notificante no dia do fato quando vinha de carona que pilotava o veículo era a pessoa de FELIPE FERREIRA BARBOSA, que é irmão da notificante; QUE segundo a notificante ao sair do hospital Arlinda Marques, e ao chegar na rua: Capitão José Pessoa em Jaguaribe, nesta capital PB, um outro veículo, não sabendo informar a marca e modelo nem placa do mesmo fez uma manobra errada e colidiu com o veículo(moto) onde estava a notificante que devido ao fato veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15/06/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S01,8 +S10,8 -S06,9

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR  
Noticiante



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>Joanne Fabiane Ferreira Almeida</u>	CPF da Vítima <u>058.042.274-75</u>	Data do Acidente <u>26/02/18</u>
---	--	-------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 10 de Julho de 2018.

Local e Data

Joanne Fabiane Ferreira Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





VISTO EM: 28/03/18

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280.4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 23 de Março de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0135/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 26/02/2018, conforme requerimento nº 139/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h52min o/a Sr(a) JEANNE ISLANE PERREIRA ALENCAR, CPF Nº 058.042.274-75, vítima de acidente de trânsito (colisão - carro x moto), ocorrido na Rua Capitão José Pessoa, Jaguaribe – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o SOLDADO BM DANILLO DE SOUZA SOARES, Matrícula 552.822-2. A vítima era garupa na motocicleta e usava capacete, consciente e orientado, com laceração na região da face, escoriações nos membros inferiores e dores no joelho. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYTIARMEZ D'ALMEIDA DE SOUSA  
Chefe da 3ª Seção**GOVERNO  
DA PARAÍBA**Grupo de Bombeiros Militares - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lobo, 504, Casa Pedro Góes, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3215-5731 / (83) 3215-7979 (FAX) - E-mail: caphb@bombeiros.pb.gov.br



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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.

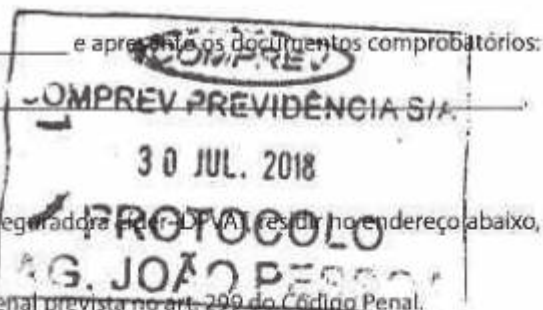
Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.021-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jeanne Silane Ferreira Almeida inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 058.042.274-75 do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da Vítima  
Jeanne Silane Ferreira Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.042.274-75 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento _____
Bairro <u>Manairá</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9930-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa 27 de Julho de 2018  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marilândia Ferreira Barbosa  
RG nº 1.176.037, data de expedição 24/07/2017  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 554.557.864-15 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: Cidreira de Bom Jesus nº 178,  
complemento 84, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima João Francisco Ferreira Silva, cujo o condutor era  
Felipe Ferreira Barbosa.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/NXR 150 BR05ES  
Ano: 2013  
Placa: OGF 7649/PB  
Chassi: 9C2KD0550DR378700  
Data do Acidente: 26/02/18  
Local e Data: 10-07-2018 João Pessoa



X Marilândia Ferreira Barbosa  
Assinatura do Declarante

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



501670

SERVIÇO NOTARIAL E ESPORTEAL

Rua: Maria Augusta de Aguiar, 100

João Pessoa

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de.....

MARILÂNDIA FERREIRA BARBOSA.....

Em test.de verdade, João Pessoa-PB 10/07/2018 12:53h

João Francisco da Silva - Escrevente

[2018-016699]JENL:R\$ 19,48 FPPEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,00 FPP:R\$ 1,00

SELO DIGITAL: 44A85374-1W1Z

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjb.ju.br>

SERVIÇO NOTARIAL  
2ª TABELIÃO DE PROTESTOS  
PROTESTO DE CANCELAMENTO  
SERVIÇO DE PROTESTO DE CANCELAMENTO  
PROTESTO DE CANCELAMENTO DE CANCELAMENTO

João Francisco da Silva  
Escrevente  
501670  
SERVIÇO NOTARIAL E ESPORTEAL





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



## LAUDO MEDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR
DATA DE NASCIMENTO	14/02/86
NOME DA MÃE	MARILANGIA FERREIRA ALENCAR

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.065.404
DATA DO ATENDIMENTO	26/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	08:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NA FACE + CONTUSÃO CERVICAL + TCE LEVE
CID 10	S01.6 + S10.8 + S06.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega perda da consciência, refere dor em coluna cervical. Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso extenso, em frente. Abdomen sem queixas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

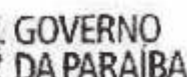
Sutura de ferimento

ALTA HOSPITALAR:	26/02/18
DATA DA EMISSÃO:	15/06/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.  
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - CIDADANIA E SEGURANÇA





AV. OFFICINA L. 1804 - 88 - PEDRO BONFIM - CNES-123012 - TEL. 4632165700

Publication de l'Association n° 1065404



## Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo	
1205578	JOAO ISLAND FERREIRA	Feminino	
Data de Nascimento	Endr	Estado Civil	Religiao
14/07/1985	22 anos 12 dias		
Matr			
MARIANGELA FERREIRA DE BARROS			NÃO INFORMADO
Escolaridade			Responsavel (Parentesco)
			A MESMA O MESMO(A)
CDD Mãe	Fone Home		
83	00000000	DTD Fixo	Fone Fixo
Doc. Identific	Nº de Identific		
Local de Nascimento			
JAGUARIBE			
Endr	Endr - Mãe		
	JAGUARIBE		

Enderco

CPF	Matrícula	Logradouro
56987000	JOÃO PESSOA	CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM
Município	CEP	Bairro
EN	50150-000	OUTEIRO

### Admission

1. **PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE**  
**CIRURGIA GERAL**  
 2. **PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE**  
**CIRURGIA GERAL**

<p>1. Qual o tipo de acidente?</p> <p>ACIDENTE DE VEÍCULO X VEÍCULO</p>	<p>2. Qual o tipo de acidente?</p> <p>ACIDENTE DE VEÍCULO X VEÍCULO</p>	<p>3. Qual o tipo de acidente?</p> <p>ACIDENTE DE VEÍCULO X VEÍCULO</p>
---	---	---

## Indicadores e Transporte

Classificação	1972/1982	1982/1983	1983/1984	1984/1985	1985/1986	1986/1987	1987/1988	1988/1989	1989/1990	1990/1991	1991/1992	1992/1993	1993/1994	1994/1995	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024	2024/2025	2025/2026	2026/2027	2027/2028	2028/2029	2029/2030	2030/2031	2031/2032	2032/2033	2033/2034	2034/2035	2035/2036	2036/2037	2037/2038	2038/2039	2039/2040	2040/2041	2041/2042	2042/2043	2043/2044	2044/2045	2045/2046	2046/2047	2047/2048	2048/2049	2049/2050	2050/2051	2051/2052	2052/2053	2053/2054	2054/2055	2055/2056	2056/2057	2057/2058	2058/2059	2059/2060	2060/2061	2061/2062	2062/2063	2063/2064	2064/2065	2065/2066	2066/2067	2067/2068	2068/2069	2069/2070	2070/2071	2071/2072	2072/2073	2073/2074	2074/2075	2075/2076	2076/2077	2077/2078	2078/2079	2079/2080	2080/2081	2081/2082	2082/2083	2083/2084	2084/2085	2085/2086	2086/2087	2087/2088	2088/2089	2089/2090	2090/2091	2091/2092	2092/2093	2093/2094	2094/2095	2095/2096	2096/2097	2097/2098	2098/2099	2099/2100	2100/2101	2101/2102	2102/2103	2103/2104	2104/2105	2105/2106	2106/2107	2107/2108	2108/2109	2109/2110	2110/2111	2111/2112	2112/2113	2113/2114	2114/2115	2115/2116	2116/2117	2117/2118	2118/2119	2119/2120	2120/2121	2121/2122	2122/2123	2123/2124	2124/2125	2125/2126	2126/2127	2127/2128	2128/2129	2129/2130	2130/2131	2131/2132	2132/2133	2133/2134	2134/2135	2135/2136	2136/2137	2137/2138	2138/2139	2139/2140	2140/2141	2141/2142	2142/2143	2143/2144	2144/2145	2145/2146	2146/2147	2147/2148	2148/2149	2149/2150	2150/2151	2151/2152	2152/2153	2153/2154	2154/2155	2155/2156	2156/2157	2157/2158	2158/2159	2159/2160	2160/2161	2161/2162	2162/2163	2163/2164	2164/2165	2165/2166	2166/2167	2167/2168	2168/2169	2169/2170	2170/2171	2171/2172	2172/2173	2173/2174	2174/2175	2175/2176	2176/2177	2177/2178	2178/2179	2179/2180	2180/2181	2181/2182	2182/2183	2183/2184	2184/2185	2185/2186	2186/2187	2187/2188	2188/2189	2189/2190	2190/2191	2191/2192	2192/2193	2193/2194	2194/2195	2195/2196	2196/2197	2197/2198	2198/2199	2199/2200	2200/2201	2201/2202	2202/2203	2203/2204	2204/2205	2205/2206	2206/2207	2207/2208	2208/2209	2209/2210	2210/2211	2211/2212	2212/2213	2213/2214	2214/2215	2215/2216	2216/2217	2217/2218	2218/2219	2219/2220	2220/2221	2221/2222	2222/2223	2223/2224	2224/2225	2225/2226	2226/2227	2227/2228	2228/2229	2229/2230	2230/2231	2231/2232	2232/2233	2233/2234	2234/2235	2235/2236	2236/2237	2237/2238	2238/2239	2239/2240	2240/2241	2241/2242	2242/2243	2243/2244	2244/2245	2245/2246	2246/2247	2247/2248	2248/2249	2249/2250	2250/2251	2251/2252	2252/2253
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

## Sims Vtars

PA	X	Y	Temp	Temp
----	---	---	------	------

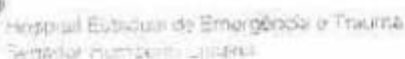
### Exames complementares

Radio [ ]	Sonog. [ ]	Urina [ ]	T. [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografie [ ]
-----------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Page 10

Atendimento: **THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA**





AV. GREGÓRIO FERRO, 4 - PEDRO TORNADOR - CNPJ 123312 - Tel. 8332165700

Bolsim de Atendimento: 1065404



30 JUL. 2018  
PROCOLO  
A.G. JOAO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA



GOVERNO DA PARAÍBA



GOVERNO DA PARAÍBA

# AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	RAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JEANE ISLANE FERREIRA	165-404	26/02/2013 23:21:31	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
14/02/1986	32	Feminino	(83) 000000000
Mãe			Prontuário
MARIANGELA PEREIRA DE BARBOSA			
Endereço	Bairro	Cidade	UF
CRUZ DAS ARMAS - RD 224/225 AD FIM DV	OUTEIRO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissão	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	10271/PB
Data/Hora Classificação		Unidade Presença	
26/02/2013 23:21:31		26/02/2013 23:37:17	
Corrente			Senha
SUS			

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE CARRO-MOTO, SENDO A MESMA PASSAGEIRA DA MOTO, SEM USO DE CAPACETE, NÃO REPORTA CONSCIENTIA OU VÔMITOS, QUEIXA DE DOR CERVICAL.

A: VIA AÉREA TERVA, TRAQUEIA CENTRALIZADA, CERVICAL IMOBILIZADA COM QUEIXA DE DOR

B: TORAX SIMETRICO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, RUPNICA

C: NORMOTENSÃO, NORMOCORADIA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

D: GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR

E: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTICANTISSIMO, EXTENSO, EM FRONTE, ABDOME FLÁCIDO, INCOLOR A PALPAÇÃO, MEMBROS COM IMOBILIDADE PRETENSIVA DE TORÇÃO, SEM ESCORIAÇÕES

## CD:

1- ANALGESIA

2- SOLICITAÇÃO DE CRANIO- AVALIAÇÃO RGR

3- SUTURA DE FERIMENTO

4- LIBERDADE CILÍNGERAPÓS SUTURA

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 20 ML VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE FARECER NEUROCIRURGIA

SUTURA DE FERIMENTO

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo nos superiores

## Conduta

Em observação



Olga Lacerda Mariz  
Médica Residente - Cirurgia Geral  
CRM - 23.10.71

JEANE ISLANE FERREIRA  
Médica Residente - Cirurgia Geral  
CRM - 23.10.71

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(CRM: 10271/PB)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JEANE ISLANE FERREIRA		Data de Nascimento: 14/02/1986	Idade: 32	Sexo: FEMININO
Motivo do Atendimento:		Entfermidade / Lesão:		
Convênio: SUS		Matrícula:		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. In
1 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			
2 SOLICITAÇÃO DE PARER DE NEUROCIRURGIA	0.0				
3 SUTURA DE FERIMENTO	0.0				

Dr. FARMACIA SENADOR LUIZ FERNANDES  
(084) 1111111



Olga 13  
Médico

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JEANE ISLANE FERREIRA		
Data de 14/02/1986	Nº Boletim Emergência 1065404	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/C CONTRASTE		

Dr. Marcelo Mariz  
Radiologista - Radiologia  
CRM - RJ 2530/11

26 de Fevereiro de 2016

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assunto: Aposentadoria

Data: 30/07/2018 - 08:00h

Para: Sr. João Pessoa

De: Sr. João Pessoa

## COMPROVAÇÃO DE ATIVIDADE DE TRABALHO PARA APOSENTADORIA

Prezado Sr. João:

Conforme solicitado, informamos que a sua atividade de trabalho foi devidamente comprovada.

Atenciosamente,

Dados estatísticos do INSS, bem como a sua situação previdenciária, foram devidamente analisados e encontrados adequados para a concessão da aposentadoria. A sua situação previdenciária encontra-se regular e a sua atividade de trabalho foi devidamente comprovada. Portanto, a sua aposentadoria foi aprovada e a sua data de início de recebimento será de 30/07/2018.

Atenciosamente, Sr. João Pessoa

Assunto: Aposentadoria - Sr. João Pessoa - 30/07/2018 - 08:00h



Processo nº 00000000000000000000

Processo nº 00000000000000000000

Processo nº 00000000000000000000

Processo nº 00000000000000000000

PROCESSO Nº 00000000000000000000

Trabalha

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.

Trabalha no setor de atendimento ao cliente e é responsável por todas as atividades relacionadas ao atendimento ao cliente.





GOVERNO DA PARAÍBA

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba  
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJEIRA JDC

Endereço: AV. ORESTES LUIZÃO, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165740

CNES: 2458276

Paciente <b>FELIPE FERREIRA BARBOSA</b>	RAE 1005406	Data/Hora Entrada 26/02/2018 23:38:14	Data Baixa
Data de Nascimento 14/12/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARILANGIA FERREIRA BARBOSA</b>			Telefone de Contato (83) 987064162
			Prontuário
Endereço Cidade de São José 178	Bairro Indústrias	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTOR	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional 2262/PB
Data/Hora Chegada 26/02/2018 23:38:14		Data/Hora Prescrição 27/02/2018 03:41:41	
Condição SUS	Nº Matricula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA EM FACE, NEGA VÔMITO, DESMAIO E ALERGIA MEDICAMENTOSA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE NORMOCORADO, EUPINEICO, VERBALIZANDO E RESPONSIVO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM FRONTAL, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CRIPELAÇÃO ÓSSEA, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, ABERTURA BUCAL NORMAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. AO EXAME DE IMAGEM AUSÊNCIA DE SINAIS DE FRATURA NA FACE.

CD:

1- EXAME FÍSICO

2- SUTURA

3- ALTA B/M - ORIENTAÇÕES

**CID10**

Código	Descrição
--------	-----------

S05.9 Traumatismo não especificado do crânio

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FELIPE FERREIRA BARBOSA

Dr. TALVANE SOBREIRA  
CIRURGIÃO GERAL - MAXILO-FACIAL  
CRM-PB 2262  
TALVANE SOBREIRA  
(: 2262/PB)



VISTO EM: 28/03/18Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 23 de Março de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0135/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 26/02/2018, conforme requerimento nº 139/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h52min o/a Sr.(a) **JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR**, CPF Nº 058.042.274-75, vítima de acidente de trânsito (*colisão (carro x moto)*), ocorrido na Rua Capitão José Pessoa, Jaguaribe – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SOLDADO BM DANILLO DE SOUZA SOARES**, Matrícula 552.822-2. A vítima era garupa na motocicleta e usava capacete, consciente e orientado, com laceração na região da face, escoriações nos membros inferiores e dores no joelho. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



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	JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR
DATA DE NASCIMENTO	14/02/86
NOME DA MÃE	MARILANGIA FERREIRA ALENCAR

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.065.404
DATA DO ATENDIMENTO	26/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	08:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NA FACE + CONTUSÃO CERVICAL + TCE LEVE
CID 10	S01.8 + S10.8 + S06.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega perda da consciência, refere dor em coluna cervical. Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso, extenso, em frente. Abdomen sem queixas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

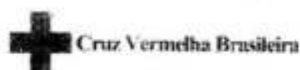
Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR:	26/02/18
DATA DA EMISSÃO:	15/06/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





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: 1065404



### Identificação do paciente

ID 1265475	Nome JEANE ISLANE FERREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 14/02/1986	Idade 32 anos 12 dias	Estado civil
Mãe MARIANGELA FERREIRA DE BARBOSA	Pai NAO INFORMADO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência JAGUARIBE	Nº Cns	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R	

### Endereço

CEP 58087000	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB
Número SN	Logradouro CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM	Bairro OTIZEIRO

### Admissão

Data e Hora 26/02/2018 23:21:31	Número da pulseira 1000006003691	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 RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

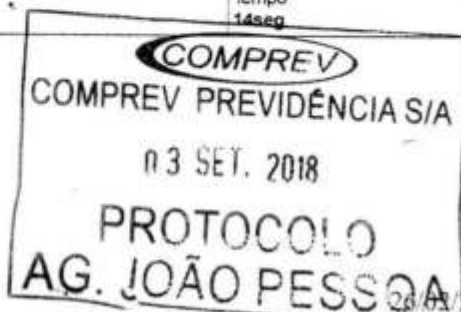
### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Exame físico: paciente com queimadura no tórax e membros superiores. Sem sinais de choque. Sinais vitais: PA 120/80, FC 110, FR 20, Sat 98%. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de TC: sem alterações. Exame de ECG: sem alterações. Exame de Ultrasonografia: sem alterações.</i>						
Diagnóstico <i>Queimadura</i>						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 14seg

Marcel Filho  
Enfermeiro  
CRM 436.443

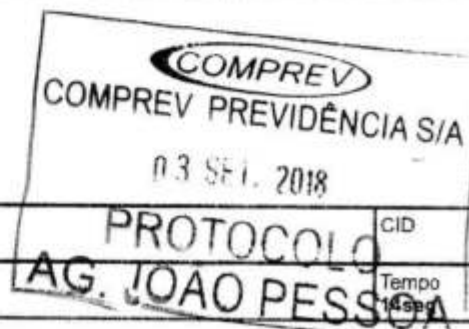


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1065404



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1265475	Nome JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR			Sexo Feminino
Data de nascimento 14/02/1986	Idade 32 anos 13 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe MARILANGIA FERREIRA ALENCAR	Pai JOSE DO EGITO SOBRINHO			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987064162	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2989021	Nº Cns		
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58088090	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Sílvia Bezerra Guedes	
Número SN	Complemento	Bairro Oitizeiro		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 26/02/2018 23:21:31	Número da pulseira 1000006003691	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		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				



Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JEANE ISLANE FERREIRA</b>		BAE <b>1065404</b>	Data/Hora Entrada <b>26/02/2018 23:21:31</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>14/02/1986</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 000000000</b>
Mãe <b>MARIANGELA FERREIRA DE BARBOSA</b>				Prontuário
Endereço <b>CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM, SN</b>		Bairro <b>OITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b>		Nº Cons. Regional <b>10271/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/02/2018 23:21:31</b>			Data/Hora Prescrição <b>26/02/2018 23:37:17</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE CARRO-MOTO, SENDO A MESMA PASSAGEIRA DA MOTO, SEM USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA OU VOMITOS, QUEIXA DE DOR CERVICAL.

A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAQUEIA CENTRADA, CERVICAL IMOBILIZADA COM QUEIXA DE DOR

B: TORAX SIMÉTRICO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, EUPNEICA

C: NORMOTENSA, NORMOCORADA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

D: GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR

E: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTENSO EM FRONTE, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, MEMBROS COM MOBILIDADE PRESERVADA, SEM DOR, SEM ESCORIAÇÕES

CD:

1- ANALGESIA

2- SOLICITO TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO NCR

3- SUTURA DE FERIMENTO

4- LIBERO DA CIR GERAL APÓS SUTURA

## MEDICAÇÃO

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

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SUTURA DE FERIMENTO

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

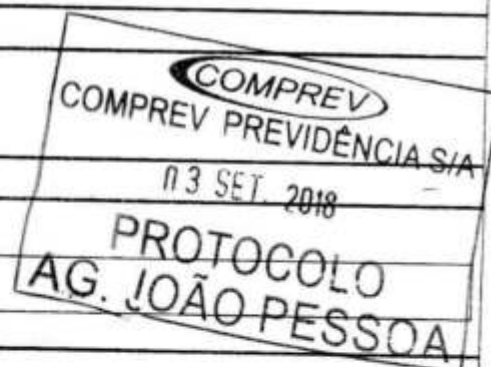
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Olga Lacerda Mariz  
Médica Residente - Cirurgia Geral  
CRM - PB 10.271

JEANE ISLANE FERREIRA

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 26/02/2018 23:21:45

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(CRM: 10271/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR</b>		BAE <b>1065404</b>	Data/Hora Entrada <b>26/02/2018 23:21:31</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>14/02/1986</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987064162</b>
Mãe <b>MARILANGIA FERREIRA ALENCAR</b>				Prontuário
Endereço <b>Sílvia Bezerra Guedes, SN</b>		Bairro <b>Oitizeiro</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO</b>	Nº Cons. Regional <b>4687/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/02/2018 23:21:31</b>			Data/Hora Prescrição <b>27/02/2018 02:10:29</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE TRANSITO AUTO X MOTO, COM TCE, REG, EUPNEICA, GLASGOW 15, SEM DÉFICITS, TC DE CRANIO E CERVICAL SEM FRATURAS E/OU LESÕES NEUROCIRURGICAS. CD.; ALTA DA NEUROCIRURGIA

**Conduta**

Em observação

JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(CRM: 4687/PB)

Data: 26/02/18 23:37  
Usuário: OLGA MARIA  
Boletim 1065404



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JEANE ISLANE FERREIRA		Data de Nascimento 14/02/1986	Idade 32	Sexo FEMININO	Nº 1065404	Nº Prontuário	Data Prescrição 26/02/2018 23:37:17
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 26/02/2018 23:37:00 - 27/02/2018 23:37:00		
Convenio SUS		Matricula			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
3 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
CRM: 10271

Olga Lacerda Mariz  
Médica Residente / Cirurgia Geral  
CRM - RJ 10.271

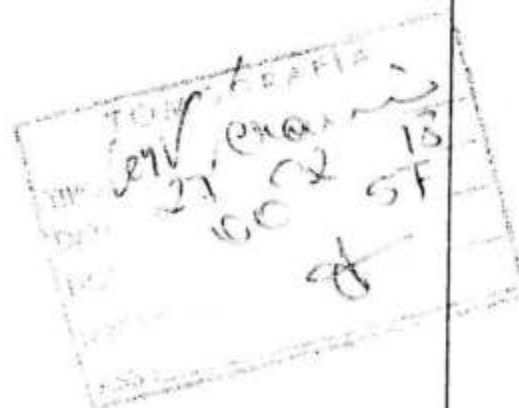
26 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JEANE ISLANE FERREIRA		
Data de 14/02/1986	Nº Boletim Emergencia 1065404	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI/ CONTRASTE		



  
Olga Lacerda Mariz  
Médica Residente - Cirurgia Geral  
CRM - PB 10.271

26 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

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



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Luzena

Atendimento: 201831145398

Data Nasc: 14/02/1988 - 32 anos

Paciente: JEANE ISLANE FERREIRA

Data Exame: 27/02/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

### Técnica:

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

### Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.  
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.  
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.  
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.  
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

*Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.*

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



*Nota: Exame laudado no dia 27/02/2018  
10:32 e revisado no dia 27/02/2018 10:32.*

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831145393

Data Nasc: 14/02/1986 - 32 anos

Paciente: JEANE ISLANE FERREIRA

Data Exama: 27/02/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

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

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região fronto-parietal esquerda e parietal direita.

*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 27/02/2018 10:31.

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>FELIPE FERREIRA BARBOSA</b>	BAE <b>1065406</b>	Data/Hora Entrada <b>26/02/2018 23:38:14</b>	Data Baixa
Data de nascimento: <b>14/12/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARILANGIA FERREIRA BARBOSA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987064162</b>
Endereço <b>Cidade de Bom Jesus, 178</b>	Bairro <b>Indústrias</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TALVANE SOBREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>2262/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/02/2018 23:38:14</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/02/2018 03:41:41</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA VÔMITO, DESMAIO E ALERGIA MEDICAMENTOSA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE NORMOCORADO, EUPINEICO, VERBALIZANDO E RESPONSIVO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM FRONTAL, AUSÊNCIA DE DEGRAU OU CREPITAÇÃO ÓSSEA, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, ABERTURA BUCAL NORMAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. AO EXAME DE IMAGEM AUSÊNCIA DE SINAIS DE FRATURA NA FACE.

CD:

1- EXAME CLÍNICO

2- SUTURA

3- ALTA BMF + ORIENTAÇÕES

**CID10**

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FELIPE FERREIRA BARBOSA

Dr. TALVANE SOBREIRA  
CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL  
CRO-PB 2262  
TALVANE SOBREIRA  
(: 2262/PB)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-236




*Jeanne Islane Ferreira Alencar*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.989.021 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/03/2015

NOME JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR

FILIAÇÃO JOSÉ DO EGITO SOBRINHO  
MARILANGIA FERREIRA ALENCAR

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOÃO PESSOA-PB 14/02/1986

DOC ORIGEM  
NASC.N.38367-99 FLS.286 LIV.A 034  
CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA.PB

CPF 058.042.274-75

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

46. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485




ASSINATURA



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

NOME  
JOSE EDUARDO DA SILVA

PLACET  
JOSEFA GERMANO DA SILVA  
JOÃO PESSOA-RN

DATA DE NASCIMENTO  
12/04/1967

RG  
435.525.524-91

1.004.882 - SSP/PB  
DATA DE ISSUAGEM 10/04/2015

NÃO  
APÓS 30 dias de validade  
VÁLIDA PARA EXERCÍCIO DA ADVOCACIA

COMPREV PREVIDÊNCIA SI  
30/04  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349793 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 13/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE  
TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*

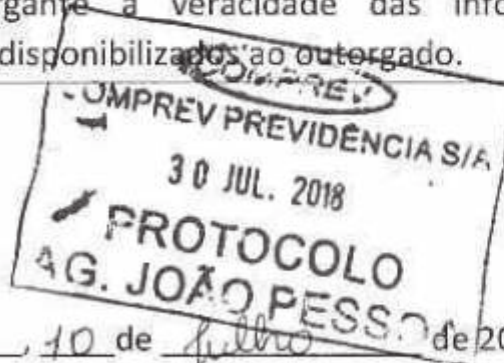
# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Jeanne Islane Ferreira Alencar  
 brasileiro(a), estado civil solteira, profissão  
estudante, CI RG nº 2989021  
 CPF/MF nº 058.042.274-75, residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Cidade de Bom Jesus, 178 Bairro das Indústrias  
 Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58083505, telefone  
(83)99342.1170 (83)98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 10 de Julho de 2018.

\*Jeanne Islane Ferreira Alencar.  
 OUTORGANTE

Carlos Antônio da Silva Torres  
 Escritor de Cartas  
 13:13  
 Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) [assinatura]  
 JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR  
 Em test. da verdade, João Pessoa-PA 10/07/2018 13:13  
 Carlos Antônio da S. Torres - Escrivão  
 [2018-016709]EML:RG 87.49 EMBRAN:0.28 FEPJ-RG 1.90 ISS-RG 0.47  
 SELO DIGITAL: 64455384-9552  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277524/18

**Número do Sinistro:** 3180349793

**Vítima:** JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR

**CPF:** 058.042.274-75

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 03/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA