

---

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**



---

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 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**, 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**





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 2221204 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 Isolane Ferreira Almeida

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

Nome completo Jeanne Isolane Ferreira Almeida	CPF titular da conta 058.042.274-75	Profissão Estudante
Endereço Bairro Email	Número 178	Complemento
Rua da Piedade de Bom Jesus das Industrias	Cidade João Pessoa	Estado PB
		CEP 58083505
		Telefone (031) R3) 99342.1170

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO 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 ECONOMICA FEDERAL (114)

AGÊNCIA

00 36

Nº

23980

Nº

Informar dígito se existir

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

Informar dígito se existir



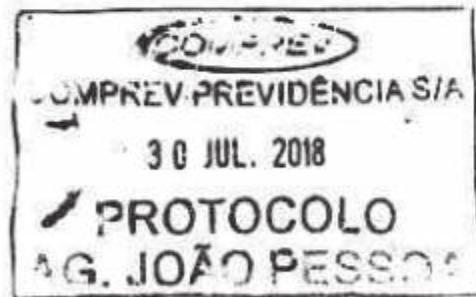
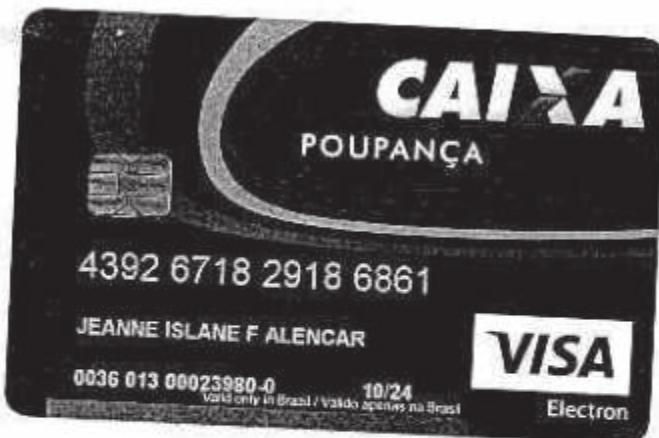
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo à Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor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

Jeanne Isolane Ferreira Almeida, 30 de Julho de 2018.

Local e Data

Jeanne Isolane Ferreira Almeida  
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 Marilangia 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.**

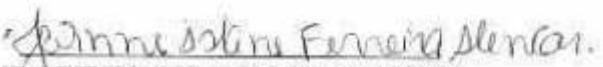
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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 Marilangia 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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JEANNE ISLANE FERREIRA ALENCAR  
Noticiante





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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  
Jeanne Isabene Ferreira Alencar CPF da Vítima  
058.042.374-75 Data do Acidente  
26/02/18

### 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 atende 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Jeanne Isabene Ferreira Alencar  
Local e Data

PROTOCOLO  
30 JUL. 2018  
S. G. JOÃO PECCATO  
M. H. R. PREVIDENCIA S/A

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

3<sup>a</sup> SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 23 de Março de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0135/2018**

Certifico que revendo as fichas das ocorrências atendidas no dia 26/02/2018, conforme requerimento n° 139/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h52min o/a Sra (a) JEANNET ISLANE PERREIRA ALENCAR, CPF N° 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 Senator Humberto Lucena.

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

JUHARME S. D. DE SOUSA  
Chefe da 3<sup>a</sup> Seção

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

MARILANGIA FERREIRA BARBOSA  
RUA CIDADE DE BOM JESUS, 118 / QD. SUÍT. LT. 107 - DAB/INDUSTRIAS  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58080-000 (AG. 11)

Classe/Símb. RESIDENCIAL/BINCA RENDA/CNFOFAB/C/0  
Razão: 16-2-718-8432  
Número: 0008824222

Referência: Fevereiro 2017  
Emissor: 2017022011

ENERGISA PARAIBA ULTRABILIGADA ENERGIA SA  
S/203 Km20 - Cidade Redonda - João Pessoa/PB - 58080-000  
CNPJ: 08.085.193/0001-40 - IN: TV-NF-E 2-11  
Notificação: Clube de Energia Energisa UNI-17-120  
Código para Declaração Automática: 00000314879

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/836497-8

Canal de contato

Fev / 2017

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSECO foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 20 de abril de 2002.

Apresentação

20/02/2017

Data prevista da  
próxima leitura

23/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
55455700116	Data Litura Data Litura			
Irsc Est	06/01/16 18843-20/02/17 10894			

Faturas em atraso:

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh-BR	50	0,14903	4,44
Consumo - 31 a 180 kWh-BR	70	0,25411	17,78
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	41	0,38116	15,52
Subtotal			25,08
ICMS			1,01
PIS			4,87
COFINS			

LANÇAMENTO DE SERVIÇOS

CONTROLE/VALOR PÚBLICO	2,26
JUROS DE MORÁDIA/2017	0,03
MULTA/2017	1,66
AVULSA/ADM MONETÁRIA/2017	3,01
Devolução Sursa	-24,29

Histórico de Consumo  
(kWh)

Jan/16	151
Dez/15	142
Nov/15	132
Out/15	138
Sep/15	111
Ago/15	101
Jul/15	110
Jun/15	138
Mar/15	108
Feb/15	207
Jan/15	117
Fev/15	60

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	92,81	27,00	26,08
PIS	92,81	1,00	1,01
COFINS	92,81	5,00	4,67

VENCIMENTO  
01/03/2017 TOTAL A PAGAR  
R\$ 72,44

Média dos últimos meses:  
128

fe84.adfd.e7a4.bCb3.ccc3.54e8 5f1f.a063

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Massa

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DFM/MENSAL	8,55	1,28	MONITRAL
DFM/TRIMESTRAL	11,10		
DFM/ANUAL	22,21		
DFM/MENSAL	3,45	1,00	- CONSTATADA
DFM/TRIMESTRAL	5,37		LM INFERIOR
DFM/ANUAL	13,85		LM SUPERIOR
DM2	3,20	1,28	251
DFRI	12,22		

Descrição	Valor (R\$)	%
Benefício de Det. de Energia/FPG	14,38	19,85
Correção de Energia	15,52	22,21
Salvo de Transmissão	1,00	1,37
Entradas Satélites	5,00	7,03
Entradas Diretas/Emissoras	34,93	47,76
Carroceria/VEH	0,00	0,00
Total	72,44	100,00

ATENÇÃO

• Esta unidade foi faturada como Bala Renda, tendo um desconto de R\$ 12,42

COPIA RÉ

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

A.G. JOÃO PESSOA

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.021-91  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jeanne Stilane Ferreira Alencar inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 058.042.274-75 do sinistro de DPVAT cobertura imobilizada da Vítima  
Jeanne Stilane Ferreira Alencar 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	Número	Complemento	
<u>Av. Manoel Rosa</u>	<u>58</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Manaira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	<u>9930-1170</u>	<u>98663-4900</u>	

João Pessoa 27 de Julho de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mariângela 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 José Pessoa, no Estado de

Pernambuco,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Cidade de Bom Jesus nº 178.

complemento Baixa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jeanneine Ferreira Sena, cujo o condutor era

Felipe Ferreira Bonfim.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/INX 150 Bros ES

Ano: 2013

Placa: OGE 7649 IPB

Chassi: GC2KD0550DR378700

Data do Acidente: 26/02/18

Local e Data: 10-07-2018 José pessoa.



X Mariângela Ferreira Barbosa

Assinatura do Declarante

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



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

MARIÂNGELA FERREIRA BARBOSA

En test, da verdade, José Pessoa PB 10/07/2018 12:53:00

José Francisco da Silva - Escrivente

[2018-014699]ENL:RN #9,48 FINESTRA 0,28 FEP:RS 1,PO 1,95,PR 0,00

SELO DIGITAL: #H85374-1W1Z

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.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.B + S10.B + S06.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

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

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

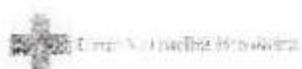
Sutura de ferimento.

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 pagamento para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.  
 MINISTÉRIO DO TRABALHO - CLASSE DE TURMA: 100% - TURMA: 100%





**Identificação do paciente**

D.	Nome	Sexo
1265276	JEANE ESTELLE PEREIRA BRAGA	Feminino
CPF do paciente	RG	Estado Civil
140375300	28.000.75.000	Receptor
MAT.	PA	
MARIANELA - ARCEIA DE BOMFIM	NÃO INFORMADO	
E-mail:	Responsável (Pareceiro)	
	A MESMA / O MESMO(A)	
DDD Telef.	031	Fone Fixo
83	40010000	Fone Fixo
DDD Resid.	83	Numero
Local de atendimento	UF	UF
JAGUARIBE	PB	PB
End.	CEP	
	58030-000	
	JOÃO PESSOA	
	PA	Licença
		CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM
		Bem
		OITIZERO

**Endereço**

CEP	Município	PA	Licença
58030-000	JOÃO PESSOA	PA	CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM
Número	00000000		Bem
SN			OITIZERO

**Admissão**

Data e hora	Horário:	Centro
26/02/2018 22:11:31	1000006003593	SUS

Especialista:  
**CIRURGIA GERAL**

Classificação:

Classificação motorista: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Órgão responsável:  
**RUA**

Detrito ou acidente:  
**VEICULO X MOTO**

**Indicadores e Transporte**

Classificação:	1712-58-02	Indicador:	Trauma
Nao	8000	RAZ:	Nao
Via de acesso:		DATA RECEBIDA:	
RESCATE - BOMBEIRO			

**Sinais Vitais**

PA	RR	T	Tempo
X	medida		

**Exames complementares**

Radiografia	SGS	Urina	T	Liquor	CG	Ultrassom
Quimioterapia						

Atendido:

Medico de:

THATIENE MARQUES VIEIRA BRAGA



AV. DIREITOS HUMANOS - PEDRO GONÇALVES - CEP: 58031-120 - Tel: 8332165700

Boletim de Atenção à Saúde: 1085404



## Identificação do paciente

ID	JUANNE ISLAINE FERREIRA ALENCAR	Sexo	Feminino
Data de nascimento	10/08/2018	Situação Civil	CASADO(A)
14/02/1988	32 anos 11 dias	RG	EVANGELICA
Mae	PA		
MARIANHA FERREIRA ALENCAR	JOSE DO EGITO SOBRINHO		
Endereço	Responsável (Parentesco):	A MESMA - O MESMO(A)	
MÉDIO COMPLETO	DDD Fixo:	fone Fixo:	
DDD Móvel: 83	837004162		
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número: 12345678-9 Data: 12/12/2018	RG CNE:	
Local de residência: JAGUARIPE	Tipo: BAIRRO	UF:	PB
Email	joanepessoamail@gmail.com	CEP:	58030-000
JOÃO PESSOA			

## Endereço

CEP	Município de referência:	UF:	Logradouro:
58088090	JOÃO PESSOA	PB	Silvia Bezerra Guedes
Número:	100	Bairro:	Oltizelro
SN			

## Admissão

Documento:	1000006003691	Classe:	SUS
26/02/2018 20:21:51			

Especialidade:	Cirurgia Geral	Unidade:	

Classificação de RICU:		Origem do paciente:	RUA

Caráter de acidente:	Motivo de atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente:	VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso isolado:	Sim	Vias de ambulância:	Trauma
Não	Não	Não	Não

Modo de suspeita:		Local de suspeita:	
RESGATE - BOMBEIROS			

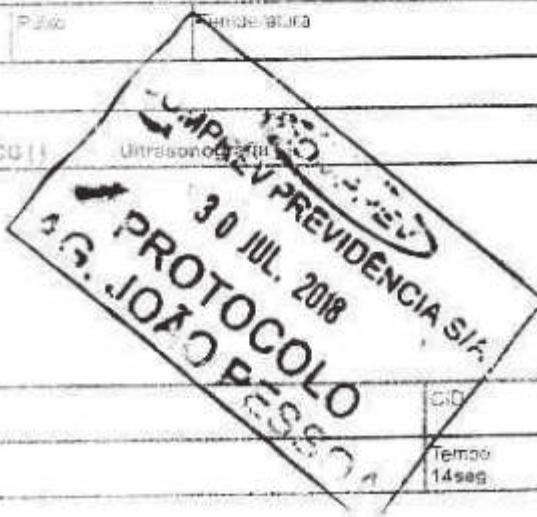
## Sinais Vitais

PA:	120/80 mmHg	Peso:	70kg

## Exames complementares

Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]	Tomografia [ ]
Dados: [ ]					

Diagnóstico:			
Atendida por:	THATIANA MARQUES VIEIRA BRAGA		



Introdução



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 611, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	R.E.F.	Data Rec. Entrada	Data Baixa
JEANE ISLAINE FERREIRA	UN-404	2013/07/31 09:21:31	
Data de nasc. /pert.	13-09-32	09:21:31	Telefone de Contato (83) 00000000
MÉD.			Prontuário
MARIANGELA PEREIRAS DE BARBOSA			
Endereço	Rua 100	UF	
CRUZ DAS ARTIMAS - 02-2874-2255 AD-FIM 3N	OITCEIRO	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	11800	UF/CEP/01	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTOCICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLISTA	OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	10271/PB
Data/Hora Chegada		UNIVERSITÁRIO Presunto	
26/02/2013 09:21:31		26/02/2013 09:37:17	
Cor/raça:	BRANCA		Sexo:
SUS			

## Anamnese

PACIENTE TRATADA PELO SAMU COM T.E. ATC DE ACIDENTE CARRÃO-MOTO. SENDO A MESMA PASSAGEIRA DA MOTO SEM SÍM. DE CAVAGETE. NESTA REPOR TA CONSCIENCIA OU VÓMITOS. QUEIXA DE DOR CERVICAL.

A: VIA AÉREA TERRÍA, TRAQUEIA DESTRADA, VÉRTEBRA INFLAMADA COM QUEIXA DE DOR

B: TORAX SINTOMAS: EXPANSÃO PLEURAL PRESERVADA, FUNDOS CA

C: NORMA TENSÃO, NORMALIGRADA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

D: GLASGOW 15, SEM HEMORRAGIAS

E: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTICO-ARTÍSICO EXTENSO DIANTEIRO ABDÔMEN PLÁSTICO, INCOLOR A PALPAÇÃO, MEDROSOS COM INFERNO DE PERTINACIA DE FEVEREIRO, SEM ESCORRÊNCIAS

CD:

- 1- ANALGÉSICO
- 2- SOLICITO TO DE CRANIO + AVAIS/ADNCR
- 3- SUTURA DE FERIMENTO
- 4- LIBERADA CHIRURGIA APÓS SUTURA

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/VL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR DE MEIA VIA I.V., AGORA

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARCERIA NEUROCIRURGIA

SUTURA DE FERIMENTO

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI CONTROLE

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Fractura no topo do crânio

Em observação



Olga Lacerda Mariz  
Méd. Residente - Cirurgia Geral  
CRM - 08.10.211

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



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165780

CNES: 2468270

Paciente	JEANNE ISLAINE FERRERA ALENCAR	ID/E	1035404	Data/Hora Entrada	26/02/2018 23:25:31	Data Saída	
Data de nascimento	14/02/1998	Carro	37	Peso:	60kg	Telefone de Contato	(83) 987064162
Mãe	MARILANGHA FERREIRA ALENCAR	Altura:		Endereço:		Prontuário	
Endereço	Silvia Bezerra Guedes, s/n	Sexo:	Br/ F	Município	JOÃO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo:	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	Nº Cons. Regional	4687/PB
Data/Hora Entrada	26/02/2018 23:25:31	Data/Hora Previsão					
Convênio:	SUS	Nome:				Senha	

## Anamnese

NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE TRANSITO ALTO X MOTO COM TUE REG. EUPNEICA. GLASGOW 15. SEM DÉFICITS TIC DE CRANIO E CERVICAL SEM FRATURAS FICOU LESÕES NEUROCIRURGICAS. CD. ALTA DA NEUROCIRURGIA

## Conduta

Em observação

JEANNE ISLAINE FERRERA ALENCAR

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(CRM: 4687/PB)



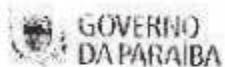
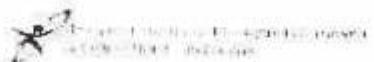
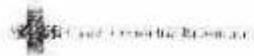
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR

PREScriÇÃO MÉDICA

Nome: JEANE ISLANE FERRIRA	Data de Nascimento: 14/02/1986	Idade: 32	Sexo: FEMININO		
Motivo do Atendimento: Enfermagem / Leito			Va 26		
Convenio: SUS		Matricula:			
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. In
DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			
SOLICITAÇÃO DE PAREcer NEUROCIRURGIA	0.0				
SUTURA DE FERIMENTO	0.0				

DR. FÁTIMA SANTANA LIMA FERREIRA MARIZ  
CRM: 100.000





### REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JEANE ISLANE FERREIRA	Nº Boletim Emergência 1065404	Prontuário
Data de 14/02/1986		

Material a examinar:

#### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI CONTRASTE

Atendida na sala  
Ortopedista  
Dr. J. L. G. P. - 630111  
09/02/2010

20 de Fevereiro de 2010

Assinatura e Câmbio do Profissional

Ministério da Saúde

Setor de Epidemiologia

Moscou - Rússia - 2018

2018-07-30

## CONFIRMAÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA A SÉPTICAMIA

RESUMO

Este documento atesta que o(a) paciente mencionado(a) no topo da página, foi vacinado(a) contra a SÉPTICAMIA.

Serão emitidos 10 certificados para 10 vacinados distintos.

Antes de cadastrar, é necessário ler as condições:

Atenção! Não é permitido copiar e colar.

Para garantir que o resultado da vacinação seja válido,

é necessário que o(a) paciente esteja comprovadamente vacinado(a).

Este documento é válido para a validade da vacinação mencionada.

Este documento não pode ser usado para fins de vacinação. Somente para validação.



2008-2009 10/20/2008 10/20/2009

—  
—  
—  
—  
—

二〇〇〇年

Consequently, it is important to consider the same breadth of variables as does environmentalists.

◎ 三言两语





## ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165740

CNES: 2436276

Paciente <b>FELIPE FERREIRA SABEDO</b>	BAE 1005406	Data/Hora Entrada: 26/02/2018 23:38:14	Data Saída
Dado de Cadastro 14/12/1996	Sexo: M	CNS	Telefone de Contato: (83) 987064162
Mae <b>MARILANGIA FERREIRA SABEDO</b>			Prontuário
Endereço: Cidade de São José: 178	Bairro: Indústria	Município: JOÃO PESSOA	UF: PB
Acidente <b>VEICULO X PESSOA</b>	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional: 2262/PB
Data/Hora Ocorrência: 26/02/2018 23:38:14		Data/Hora Previsão: 27/02/2018 03:41:41	
Corrente: SUS	Nº Matrícula:		Senha

## Anamnese

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

## CDI

- 1- EXAME CLÍNICO
- 2- SUTURA
- 3- ALTA BHP - ORIENTAÇÕES

## CID10 -

Código	Descrição
S02.9	Fratura da clavícula ou do úmero, não especificada em outra parte

## Condução

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. TALVANE SOBREIRA  
CIRURGIA LUCO-MAXILLO-FACIAL  
CRH/PB 2262

TALVANE SOBREIRA  
(: 2262/PB)

FELIPE FERREIRA SABEDO





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.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA

\_\_\_\_\_  
Chefe da 3ª Seção

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 SEI. 2018

PROTOCOLO  
A.G. JOÃO PESSOA



## 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

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 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	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIANGELA FERREIRA DE BARBOSA</b>				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel 83	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência <b>JAGUARIBE</b>		Tipo <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>	
Email	Naturalidade <b>JOÃO PESSOA</b>	CBO/R		

## Endereço

CEP 58087000	Município de residência <b>JOÃO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM</b>
Número SN	Complemento		Bairro <b>OITIZEIRO</b>

## Admissão

Data e Hora 26/02/2018 23:21:31	Número da pulseira <b>1000006003691</b>	Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>RESCATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						

<i>quadro fisiológico com Sono e Cansaço</i>	<i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>
<i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>	<i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>
<i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>	<i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>

Diagnóstico <i>quadro de cefaleia intensa x exaustão</i>	CID
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>	Tempo 14seg

*Mauro Filho*  
Enfermeiro  
Colaborador 436.443

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



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

Boletim de Atendimento: 1065404



Identificação do paciente				
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 <b>MARILANGIA FERREIRA ALENCAR</b>				Pai <b>JOSE DO EGITO SOBRINHO</b>
Escolaridade <b>MEDIO COMPLETO</b>				Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>
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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
Endereço				
CEP 58088090	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Silvia Bezerra Guedes	
Número SN	Complemento	Bairro Oiticizeiro		
Admissão				
Data e Hora 26/02/2018 23:21:31	Número da pulseira <b>1000006003691</b>			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Pulso		Temperatura
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos				
Diagnóstico	<p><b>COMPREV</b> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 03/02/2018 PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA</p>			
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>	<p>CID</p> <p>Tempo 14:00:00</p>			

Imprimir



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JEANE ISLANE FERREIRA</b>	BAE 1065404	Data/Hora Entrada 26/02/2018 23:21:31	Data Baixa
Data de nascimento <b>14/02/1986</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIANGELA FERREIRA DE BARBOSA</b>			
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 PÉRVARIA, TRAQUEIA CENTRADA, CERVICAL IMOBILIZADA COM QUEIXA DE DOR
- B: TORAX SIMÉTRICO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, EUPNEICA
- C: NORMOTENSA, NORMOCORADA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES
- D: GLASGOW 15, SEM DEFÍCIT MOTOR
- E: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTEÑSO 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

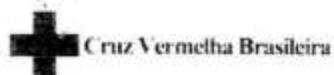
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

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

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



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 <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>	Telefone de Contato <b>(83) 987064162</b>
Mãe <b>MARILANGIA FERREIRA ALENCAR</b>			Prontuário
Endereço <b>Silvia 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 - ACIDETE 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	<b>1065404</b>

PREScrição MÉDICA

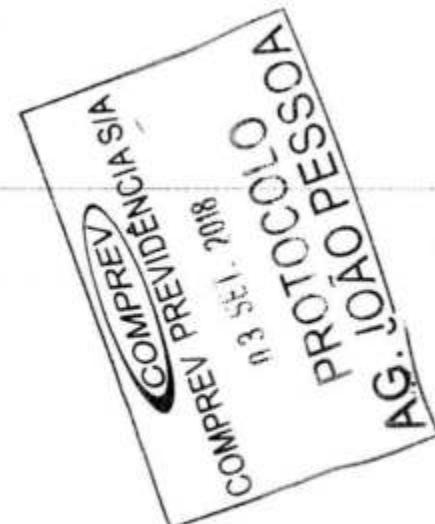
Nome JEANE ISLANE FERREIRA		Data de Nascimento 14/02/1986	Idade 32	Sexo FEMININO	Nº 1065404	Nº Prontuário	Data Prescrição 26/02/2018 23:37:17
Motivo do Atendimento Convenio SUS		Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 26/02/2018 23:37:00 - 27/02/2018 23:37:00		
					Matrícula	Senha	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	<i>22-25</i>
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
3 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

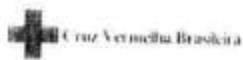
OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
CRM: 10271

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

26 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### 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 S/ CONTRASTE		

26 de Fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

To preencher com apas separadas para imagens e habilitar anexos clínicos





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831145396

Data Nasc: 14/02/1986 - 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.

*Note: 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(s) paciente(s).*



*Note: 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: 201931145396

Data Nasc: 14/02/1986 - 32 anos

Paciente: JEANE ISLANE FERREIRA

Data Exame: 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.

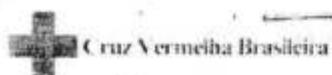
Hematoma subgaleal na região fronto-parietal esquerda e parietal direita.

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



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 <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 <b>(83) 987064162</b>
Mãe <b>MARILANGIA FERREIRA BARBOSA</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 MOTOCICLÍSTICO 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

Dr. TALVANE SOBREIRA  
CIRURGIA FUCO-MAXILO-FACIAL  
CRM-PB 2262

TALVANE SOBREIRA  
(: 2262/PB)

FELIPE FERREIRA BARBOSA





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 JOSE DO EGITO SOBRINHO MARILANGIA FERREIRA ALENCAR			
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC ORIGEM	058.042.274-75	14/02/1986	
NASC.N. 38367-99 FLS.286 LIV.A 034 CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA. PB.			
CPF			
Assinatura do Titular			
LEI N° 7.118 DE 29/06/83			





# 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:**

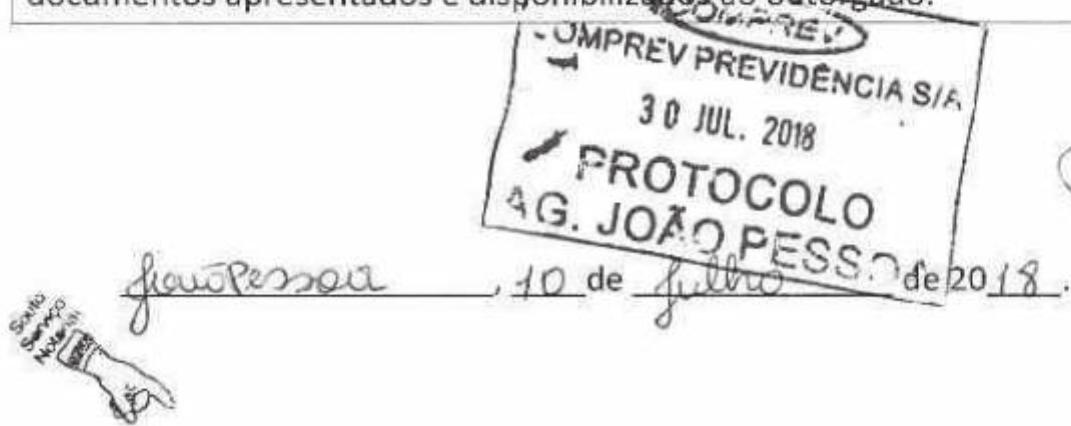
## PROCURAÇÃO

#### **OUTORGANTE:**

Jeanne Islane Florêncio 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  
Pernambuco, CEP: 58083505, telefone  
(83)99342.1570 (83)98663.2900.

OITORGADO: 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.~~



OUTORGANTE

# 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 médica-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