
Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423662

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIVALDO DA COSTA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

DUT ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423662

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVALDO DA COSTA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423662

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ERIVALDO DA COSTA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423662

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVALDO DA COSTA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ERIVALDO DA COSTA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002242-X**

Conta: **000010014574-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P6,9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0234925189	CPF da vítima: 073 56484412	Nome completo da vítima: Erivaldo da Costa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Erivaldo da Costa Silva	CPF: 073 56484412	
Profissão: condutor de veículos	Endereço: Rua Arnaldo de Albuquerque	Número: 321 Complemento: A
Bairro: Alto Branco	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58400-000	Tel. (DDD): 83 33741289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2240** CONTA: **14574** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, plena e total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder. A existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declara-se que a presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não
 Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, e que a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declara-se que a presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Campina Grande - PB 10/07/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ **Erivaldo da Costa Silva**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo e validade dos dados antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0234925109	CPF da vítima: 073 56484412	Nome completo da vítima: Enivaldo do Costa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Enivaldo do Costa Silva		CPF: 073 56484412
Profissão: condutor de Rodrô	Endereço: Rua Arnaldo de Albuquerque	Número: 321 Complemento: A
Bairro: Alto Branco	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58400-000	Tel. (DDD): 83 33341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do Brasil	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 2242 ☒	CONTA: 14524 ☐ 2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campina Grande - PB 15/07/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____
(+) Assinatura de quem assina A ROGO + Enivaldo do Costa Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 56116103 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000137/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000137/19 registrada em 25/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo no exercício do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:31 horas, compareceu o Sr. ERIVALDO DA COSTA SILVA, com 32 anos de idade, filho de CÍCERO DOS SANTOS SILVA e MARIA DE LOURDES DA COSTA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão Ajudante de Serviços Gerais, portador da Cédula de Identidade Nº 3.269.219 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 073991112, residindo à rua ARNALDO DE ALBUQUERQUE, 1321, bairro ALTO BRANCO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 12h26min do dia 02.11.2018, estava trafegando pela Rua Dr. Vasconcelos, Bairro do Alto Branco, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2017/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100HR268031, de placa QFX-2127, licenciada em seu nome (Erivaldo da Costa Silva), quando foi atingido por um veículo de marca, cor, placas e características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava no mesmo sentido da via, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo lesões graves na perna esquerda, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo envolvido no acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa; Que, o comunicante manifesta o desejo de representar criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal, declara a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 25 de Junho de 2019

Erivaldo da Costa Silva

ERIVALDO DA COSTA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000137/19 registrada em 25/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:31 horas, compareceu o Sr. ERIVALDO DA COSTA SILVA, com 32 anos de idade, filho de CÍCERO DOS SANTOS SILVA e MARIA DE LOURDES DA COSTA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AJUDANTE, portador da Cédula de Identidade N° 3.269.219 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 07356484412, residindo à rua ARNALDO DE ALBUQUERQUE, 1321, bairro ALTO BRANCO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 12h26min do dia 02.11.2018, estava trafegando pela Rua Dr. Vasconcelos, Bairro do Alto Branco, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2017/2017, cor vermelha, chassi n° 9C2JB0100HR268031, de placa QFX-2175/PB, licenciada em seu nome (Erivaldo da Costa Silva), quando foi atingido por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava no mesmo sentido da via, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo lesões graves na perna esquerda, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTrar; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa, não encontrando-se o comunicante sob influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conform expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 25 de Junho de 2019

José Alberto do Nascimento
Escrivão DE POLÍCIA CIVIL

Erivaldo da Costa Silva

ERIVALDO DA COSTA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0234925189	CPF da vítima: 073 56484412	Nome completo da vítima: Erivaldo da Costa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Erivaldo da Costa Silva	CPF: 073 56484412	
Profissão: emprego de Pedreiro	Endereço: Rua Arnaldo de Albuquerque	Número: 321
Bairro: Alto Branco	Cidade: Campina Grande	Complemento: A
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58400-000
		Tel. (DDD): 83 33741289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:
 (Informar o dígito se existir)

CONTA:
 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2240**
 (Informar o dígito se existir)

CONTA: **14574**
 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, plena e total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder. A existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declara-se que a presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva
 Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos:
 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, e que a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declara-se que a presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Campina Grande - PB 10/07/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erivaldo da Costa Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo e validade dos dados antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE RESIDENCIAL DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO E DE TODOS.





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	2/11/2018	HORA:	12:26 HRS	ID Nº:	1734751
NOME:	ERIVALDO DA COSTA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: DR VASCONCELOS - ALTO BRANCO				
COMPLEMENTO:	ANTES DA CEASA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 13 de junho de 2019.



P/ [assinatura]

Diretor Administrativo
SAMU REGIONAL CG - 192

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguro-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 003.915.962

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 114 - Pça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.396/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

JOEDNA FERREIRA DA SILVA
RUA ARNALDO DE ALBUQUERQUE 1321 A
CAMPINA GRANDE

COC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/245407-2

REFERENCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

07/06/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

14/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,10

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOEDNA FERREIRA DA SILVA

Roteiro: 05-401-306-2970

83690000000-8 17100147000-3 0245407201-0 06700401019-4

VENCIMENTO

14/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 17,10

MATRÍCULA

245407-2019-06-7





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SAH

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eduardo de Costa Silva		
End:	Hosnia de Albuquerque	321	Bairro: Alto Branco
Data de Nascimento:	14.07.1986	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC. de	Data do Atend.: 02.11.18	Hora: 13:15 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúteis de dor () Gement
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato	() Amarelo - atendimento até 1 hora
Verde - atendimento até 4 horas	() Azul - atendimento até 24 horas



Assinatura e carimbo do profissional



Q-1
Cirurgica

Handwritten: *Perma E*

BCC, estavel, si diformiso,
si quipies
diene (+) emulsion +

cel Vpm
depende circuite.

Yury de Parys
Câmara
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RB 10907

3 DIETA LIVRE
2 JEICO SALINIZADO N° 18
3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H
4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H
5 TYLEX 30MG VO 6/6H SE DOR
6 NAUSEADRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM
8 CLEXANE 40MG SC AS 20H
9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
10 SSVV + CCGG

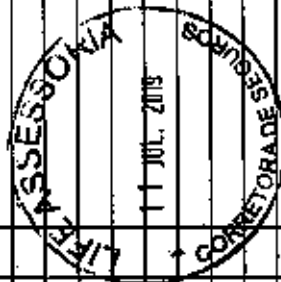
Princípios da

Evandro Costa

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

22/7/2019

Paciente	Alojamento:		Leito	Convênio
Data	Dieta	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/07	Dieta	Dieta		7:00h
02/07	Dieta	Dieta		7:00h
03/07	Dieta	Dieta		7:00h
04/07	Dieta	Dieta		7:00h
05/07	Dieta	Dieta		7:00h
06/07	Dieta	Dieta		7:00h
07/07	Dieta	Dieta		7:00h
08/07	Dieta	Dieta		7:00h
09/07	Dieta	Dieta		7:00h
10/07	Dieta	Dieta		7:00h
11/07	Dieta	Dieta		7:00h
12/07	Dieta	Dieta		7:00h
13/07	Dieta	Dieta		7:00h
14/07	Dieta	Dieta		7:00h
15/07	Dieta	Dieta		7:00h
16/07	Dieta	Dieta		7:00h
17/07	Dieta	Dieta		7:00h
18/07	Dieta	Dieta		7:00h
19/07	Dieta	Dieta		7:00h
20/07	Dieta	Dieta		7:00h
21/07	Dieta	Dieta		7:00h
22/07	Dieta	Dieta		7:00h
23/07	Dieta	Dieta		7:00h
24/07	Dieta	Dieta		7:00h
25/07	Dieta	Dieta		7:00h
26/07	Dieta	Dieta		7:00h
27/07	Dieta	Dieta		7:00h
28/07	Dieta	Dieta		7:00h
29/07	Dieta	Dieta		7:00h
30/07	Dieta	Dieta		7:00h
31/07	Dieta	Dieta		7:00h
01/08	Dieta	Dieta		7:00h
02/08	Dieta	Dieta		7:00h
03/08	Dieta	Dieta		7:00h
04/08	Dieta	Dieta		7:00h
05/08	Dieta	Dieta		7:00h
06/08	Dieta	Dieta		7:00h
07/08	Dieta	Dieta		7:00h
08/08	Dieta	Dieta		7:00h
09/08	Dieta	Dieta		7:00h
10/08	Dieta	Dieta		7:00h
11/08	Dieta	Dieta		7:00h
12/08	Dieta	Dieta		7:00h
13/08	Dieta	Dieta		7:00h
14/08	Dieta	Dieta		7:00h
15/08	Dieta	Dieta		7:00h
16/08	Dieta	Dieta		7:00h
17/08	Dieta	Dieta		7:00h
18/08	Dieta	Dieta		7:00h
19/08	Dieta	Dieta		7:00h
20/08	Dieta	Dieta		7:00h
21/08	Dieta	Dieta		7:00h
22/08	Dieta	Dieta		7:00h
23/08	Dieta	Dieta		7:00h
24/08	Dieta	Dieta		7:00h
25/08	Dieta	Dieta		7:00h
26/08	Dieta	Dieta		7:00h
27/08	Dieta	Dieta		7:00h
28/08	Dieta	Dieta		7:00h
29/08	Dieta	Dieta		7:00h
30/08	Dieta	Dieta		7:00h
31/08	Dieta	Dieta		7:00h
01/09	Dieta	Dieta		7:00h
02/09	Dieta	Dieta		7:00h
03/09	Dieta	Dieta		7:00h
04/09	Dieta	Dieta		7:00h
05/09	Dieta	Dieta		7:00h
06/09	Dieta	Dieta		7:00h
07/09	Dieta	Dieta		7:00h
08/09	Dieta	Dieta		7:00h
09/09	Dieta	Dieta		7:00h
10/09	Dieta	Dieta		7:00h
11/09	Dieta	Dieta		7:00h
12/09	Dieta	Dieta		7:00h
13/09	Dieta	Dieta		7:00h
14/09	Dieta	Dieta		7:00h
15/09	Dieta	Dieta		7:00h
16/09	Dieta	Dieta		7:00h
17/09	Dieta	Dieta		7:00h
18/09	Dieta	Dieta		7:00h
19/09	Dieta	Dieta		7:00h
20/09	Dieta	Dieta		7:00h
21/09	Dieta	Dieta		7:00h
22/09	Dieta	Dieta		7:00h
23/09	Dieta	Dieta		7:00h
24/09	Dieta	Dieta		7:00h
25/09	Dieta	Dieta		7:00h
26/09	Dieta	Dieta		7:00h
27/09	Dieta	Dieta		7:00h
28/09	Dieta	Dieta		7:00h
29/09	Dieta	Dieta		7:00h
30/09	Dieta	Dieta		7:00h
01/10	Dieta	Dieta		7:00h
02/10	Dieta	Dieta		7:00h
03/10	Dieta	Dieta		7:00h
04/10	Dieta	Dieta		7:00h
05/10	Dieta	Dieta		7:00h
06/10	Dieta	Dieta		7:00h
07/10	Dieta	Dieta		7:00h
08/10	Dieta	Dieta		7:00h
09/10	Dieta	Dieta		7:00h
10/10	Dieta	Dieta		7:00h
11/10	Dieta	Dieta		7:00h
12/10	Dieta	Dieta		7:00h
13/10	Dieta	Dieta		7:00h
14/10	Dieta	Dieta		7:00h
15/10	Dieta	Dieta		7:00h
16/10	Dieta	Dieta		7:00h
17/10	Dieta	Dieta		7:00h
18/10	Dieta	Dieta		7:00h
19/10	Dieta	Dieta		7:00h
20/10	Dieta	Dieta		7:00h
21/10	Dieta	Dieta		7:00h
22/10	Dieta	Dieta		7:00h
23/10	Dieta	Dieta		7:00h
24/10	Dieta	Dieta		7:00h
25/10	Dieta	Dieta		7:00h
26/10	Dieta	Dieta		7:00h
27/10	Dieta	Dieta		7:00h
28/10	Dieta	Dieta		7:00h
29/10	Dieta	Dieta		7:00h
30/10	Dieta	Dieta		7:00h
31/10	Dieta	Dieta		7:00h
01/11	Dieta	Dieta		7:00h
02/11	Dieta	Dieta		7:00h
03/11	Dieta	Dieta		7:00h
04/11	Dieta	Dieta		7:00h
05/11	Dieta	Dieta		7:00h
06/11	Dieta	Dieta		7:00h
07/11	Dieta	Dieta		7:00h
08/11	Dieta	Dieta		7:00h
09/11	Dieta	Dieta		7:00h
10/11	Dieta	Dieta		7:00h
11/11	Dieta	Dieta		7:00h
12/11	Dieta	Dieta		7:00h
13/11	Dieta	Dieta		7:00h
14/11	Dieta	Dieta		7:00h
15/11	Dieta	Dieta		7:00h
16/11	Dieta	Dieta		7:00h
17/11	Dieta	Dieta		7:00h
18/11	Dieta	Dieta		7:00h
19/11	Dieta	Dieta		7:00h
20/11	Dieta	Dieta		7:00h
21/11	Dieta	Dieta		7:00h
22/11	Dieta	Dieta		7:00h
23/11	Dieta	Dieta		7:00h
24/11	Dieta	Dieta		7:00h
25/11	Dieta	Dieta		7:00h
26/11	Dieta	Dieta		7:00h
27/11	Dieta	Dieta		7:00h
28/11	Dieta	Dieta		7:00h
29/11	Dieta	Dieta		7:00h
30/11	Dieta	Dieta		7:00h
01/12	Dieta	Dieta		7:00h
02/12	Dieta	Dieta		7:00h
03/12	Dieta	Dieta		7:00h
04/12	Dieta	Dieta		7:00h
05/12	Dieta	Dieta		7:00h
06/12	Dieta	Dieta		7:00h
07/12	Dieta	Dieta		7:00h
08/12	Dieta	Dieta		7:00h
09/12	Dieta	Dieta		7:00h
10/12	Dieta	Dieta		7:00h
11/12	Dieta	Dieta		7:00h
12/12	Dieta	Dieta		7:00h
13/12	Dieta	Dieta		7:00h
14/12	Dieta	Dieta		7:00h
15/12	Dieta	Dieta		7:00h
16/12	Dieta	Dieta		7:00h
17/12	Dieta	Dieta		7:00h
18/12	Dieta	Dieta		7:00h
19/12	Dieta	Dieta		7:00h
20/12	Dieta	Dieta		7:00h
21/12	Dieta	Dieta		7:00h
22/12	Dieta	Dieta		7:00h
23/12	Dieta	Dieta		7:00h
24/12	Dieta	Dieta		7:00h
25/12	Dieta	Dieta		7:00h
26/12	Dieta	Dieta		7:00h
27/12	Dieta	Dieta		7:00h
28/12	Dieta	Dieta		7:00h
29/12	Dieta	Dieta		7:00h
30/12	Dieta	Dieta		7:00h
31/12	Dieta	Dieta		7:00h



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

E. R. SILVA DO COSTA SILVA

QI 03 LEITE 03 CONVÊNIO S.S IDADE 32 REGISTRO 1766560

CIRURGIA RATTAMENTO CIRURGIA DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA DE AMARIL

ANESTESIA Riqui ANESTESIA ANESTESIA DR. S. CARVALHO

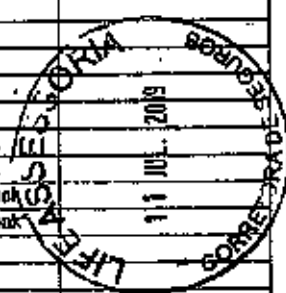
INSTRUMENTADORA DATA 28/01/2018 INICIO 18:35 FIM 22:30

GOVERNO DA PARAIBA

SERVIÇOS DE SAÚDE DA PARAIBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. pr. Oxyg.		Calgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande	04	Calgut cromado Serlix	
	Dipoxe amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Calgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kair nº		Calgut Simples Serlix	
	Fentant ml <i>NEOGENA</i>	01	Dreno Parozex nº		Cera pr. asso	
	Inova ml		Dreno Pezzet nº		Ethibond	
	Ketalar <i>DIPORE</i>	02	Equipo de Macrogotas	01	Ethibond	
	Mercalina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Proglumac amp.		Equipo de Algodão Lencos cir.	05	Fio de Algodão Sulapak	
	Protogido 3ml		Furacina ml	05	Fio de Algodão Sulapak	
	Quelcin ini		Gase Pacote nº 10 unid. cir.	05	Fila conduta	
	Rapifen amp.		H.O. ml		Monocryl	
	Thionembuta ml		Intracath Adulto		Monocryl	
	Traorim amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lamina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.		Lamina de Bisturi nº 11	01	Prolene Serlix	
	Decadron amp.		Lamina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.	02	Luvax 7.0		Vicryl Serlix	
	Flexidol amp. <i>DEXAMETASONA</i>	01	Luvax 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Serlix	
	Garamicina amp. <i>Clotril</i>	01	Luvax 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio ltr			
	Glucon de Cálcio amp.		Polilux			
	Hagmasec ml <i>MAFEDRON</i>	01	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrodrozcl.		Seringa desc. 10 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plesil amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Normo fr 500 ml	
	Prolarin		Seringa desc. 95 ml	01	SG Normo fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefetolona 1g		Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tornabinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gecon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Lotese			
	Agulha desc. 3 x 4,5		<i>667 Remo 5</i>	015		
	Agulha pr. raque nº 25	01				
	Alcool de Enfiagem					
	Alcool Iodado ml					
	Alasúras do Crepon	02				
	Alasúras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					



EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
☒ Serra () Eletrocautério
☒ Desfibrilador () Oxímetro
☒ Foco Frontal () Cardiomonitor
☒ Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

CIRURJANTE RESPONSÁVEL



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

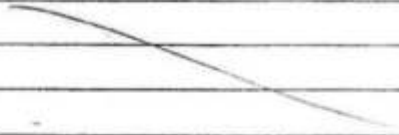
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Envela da Costa S. L. V. 7			
Data da Operação	23/11/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. A. J. J. J.	1º Auxiliar	Dr. J. J. M. R. 2
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	F. de F. 22 + 1/2		
Tipo de Operação			
Distal + 1/2			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O. 22			
Relatório Imediato da Patologia			
p			
Exame Radiológico no Ato			
N. 2			
Acidente Durante a Operação			
N. 2			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Puntura com DDA e evacuação
- 2) Aspiração e entorpecimento
- 3) Compressões
- 4) Posicionamento
- 5) Inalação por via e em parte +
fixação com placas DDA e 5 estantes
14 F + parafusos verticais nos esop.
- 6) Lavo FALGFO, A.
- 7) Sutura + curativo





Mod. 016

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Fratura diáfise da tibia esquerda

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Enivaldo da Costa Silva	Alojamento	9	Leito	2	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
23.11.18	1 - Dieta Livre		Regular estado geral			
	2 - SRI 500 ml IV 12 / 12h [gelco salinizado]	Com Ure	Estável			
	3 - Dipirone 02 ml + AD IV 8/8 h	12	Diurese OK			
	4 - Tilatil 20 mg + AD IV 12/12 h S/N	12	Exames OK			
	5 - Omeprazol 40 mg + AD IV (manhã)	06h	Aguarda tratamento cirúrgico			
	6 - SSVV		 Dr. Alexandre Rodrigues 11/11/2018 MEDICINA			







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO. SEGURO OPATIVO.

PB Nº 013930715839
 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

PRT 20180100043231-2

100

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

QTX2175/PB

2017	9	9C2JB0100HR268031
------	---	-------------------

PREMIO TARIFARIO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SEGURO
P A G O

SEGURO LIDER - PRIVAT

18/05/2018

40534

40584-1018137-20180518

11 JUL. 2015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

Nº 013930715839

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20180100043231-2 EXERCÍCIO

1 0112324568-9 00/00000000 2018

ERIVALDO DA COSTA SILVA

07356484412 QFX2175/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR268031

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 1101 2017 2017

2 P/109 /CI PARTI VERMELHA

00/00/0000

0

SEGURO PAGO 18/05/2018

A.F.ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

CAMPINA GRANDE-PB 18/05/2018

40584



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

PB Nº 013930715839 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 18/05/2018

1 07356484412 QFX2175/PB

1123245689 HONDA/POP 1101

2017 9 9C2JB0100HR268031

PRÊMIO TARIFÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - D&MS

1) REGISTRO DE Ocorrência (O) - 1 FOLHA AUTOMUNDO ORIGINAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

2) CARTÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA DO CERTAMÃO DE RECONHECIMENTO DA CIDADANIA DAS MULHERES DE TRABALHO (O) CARTÃO ORIGINAL DE INSCRIÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

3) CFF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

4) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (O) INFORMANDO AS LESÕES E SINTOMAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE (O) TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

5) COMPROVANTES (ORIGINAL E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS

6) NOTAS FISCAIS (ORIGINAL E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

7) CORDÃO ZEPHANTE DO RECIPIENTE (O) TRATAMENTO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) (O) CORDÃO ZEPHANTE DO RECIPIENTE

8) MAT. - ANEXO DE REALIZAÇÃO - 1 FOLHA AUTOMUNDO ORIGINAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

9) CORDÃO ZEPHANTE DO RECIPIENTE (O) TRATAMENTO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) (O) CORDÃO ZEPHANTE DO RECIPIENTE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

ARTIMA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU DECLARAÇÃO DE FAMILIAR, EM CASO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPPA, PASSAPORTE E RESERVES) E CÓPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E AUTÊNTICA) E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E AUTÊNTICA) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (Opcional).

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GRATIS SAC 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
DATA 14/07/2019
IDENTIDADE 3269219
SIGNATURA Envelado de Costa

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRABANTO.COM.BR OU LIGUE 0800 322 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P6,9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234925/19

Número do Sinistro: 3190423662

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

CPF: 073.564.844-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: ERIVALDO DA COSTA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

DUT

ERIVALDO DA COSTA SILVA : 073.564.844-12

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: ERIVALDO DA COSTA SILVA
CPF: 073.564.844-12

ERIVALDO DA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **02349 25139** CPF da vítima: **073 56484412** Nome completo da vítima: **Erivaldo do Costa Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Erivaldo do Costa Silva** CPF: **073 56484412**

Profissão: **condutor de Pedreiro** Endereço: **Rua Arnaldo de Albuquerque** Número: **321** Complemento: **A**

Bairro: **Alto Branco** Cidade: **Campina Grande** Estado: **PB** CEP: **58400-000**

E-mail: **8333341289**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **2242** ☒ CONTA: **14524** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Campina Grande - PB 08/08/2019**

Nome: **Erivaldo do Costa Silva**

CPF: **073 56484412**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erivaldo do Costa Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

2ª | Nome:

CPF:



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0041953 ATACADAO CAMPINA G 02/08/2019
OUROCARD
09:32:32 (Horário de Brasília)
*****8164

Saldo N. 73010001-1647

50104920101 SALDO DE POUPANCA

GENCIA: 2242-X CONTA: 14.574-2
CLIENTE: ERIVALDO DA COSTA SILVA

VAR	SALDO ATUAL	VLR BLOQUEADO
001 --	0,88C	0,00
051 --	0,00C	0,00

APLIQUE NA POUPANCA OURO E POUPEX
RENDE TRANQUILIDADE E COMODIDADE

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressao em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposicao
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVALDO DA COSTA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02242-X

CONTA: 000010014574-4

Nr. da Autenticação 137DB775116F9016