
Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190381059

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO FERREIRA DA 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



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190381059

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000003501-7

Conta: 0000061157-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000.228.094-90 Nome completo da vítima: Edinaldo Fereira da Silva

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

Nome completo: Edinaldo Fereira da Silva CPF: 000.228.094-90
Profissão: autônomo Endereço: Emanuel Marcos Rodrigues Número: 15 Complemento: com
Bairro: mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: P.B CEP: 58059235
E-mail: _____ Tel.(DDD): 83 99921-9283

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

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 (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: João Pessoa, 14-06-2019
Nome: Edinaldo Fereira da Silva
CPF: 000.228.094-90

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO
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 preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03102.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03102.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:48 horas do dia 19 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Edinaldo Ferreira da Silva**, CPF nº 000.228.094-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria José Ferreira da Silva e Rivaldo Francisco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/08/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Emanuel Mercês Rodrigues, Nº 15, complemento CASA, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo a Escola Mestre Sivuca, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98641-5997.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/01/19 07:30h. Tipificação: em rese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 07/01/2019 as 07:40min, foi vítima de acidente de moto na rua José Marcone Ramos da Silva, bairro Mangabeira, nesta capital/pb. Fato ocorreu quando estava guiando sua moto HONDA/XRE 300, DE PLACA QFC3197/PB, ANO/MOD 2014, VERMELHA, CHASSI. 9C2ND1110ER024336, quando de repente outra moto avançou uma placa de pare, fazendo com que colidir-se na mesma, vindo cair ao chão e socorrido para o hospital de mangabeira, la chegando foi submetido a exames de raio x e diagnosticado com fratura dos ossos da perna cid 10 S82.0, encaminhado para fazer cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 07/06/2019, à(s) 09:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **QUE VEIO A ACRESCENTAR QUE O DECLARANTE É PROPRIETÁRIO DA REFERIDA MOTO..** Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1563699.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

ccil



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



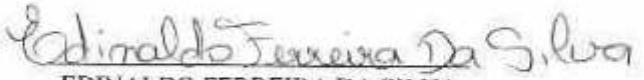
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


EDINALDO FERREIRA DA SILVA
Noticiante

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000.228.094-90 Nome completo da vítima: Edinaldo Fereira da Silva

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

Nome completo: Edinaldo Fereira da Silva CPF: 000.228.094-90
Profissão: autônomo Endereço: Emanuel Marcos Rodrigues Número: 15 Complemento: com
Bairro: mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: P.B CEP: 58059235
E-mail: _____ Tel.(DDD): 83 99921-9283

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

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 (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: João Pessoa, 14-06-2019
Nome: Edinaldo Fereira da Silva
CPF: 000.228.094-90

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO
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 preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 903/048, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2313879, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDINALDO FERREIRA DA SILVA** idade 42 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Acidente de moto) no dia 07/01/2019, na R. José Marcone Ramos da Silva, Bairro: Mangabeira VIII - João Pessoa - aproximadamente às 07:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Março de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03501-7

CONTA: 000000061157-3

Nr. da Autenticação 2711F26A3BAA6F42

MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA
 RUA EMANUEL, N.º 15, CO-222 LT-21 - MARACABENA
 04015-000 / SP
 Emissão: 09/12/2018 Referência: Dez/2018
 Cessão: SUCS RESCENDAL / RESCENDAL MONOFÁSICO B.230, Km 25 - Chateaufort - Jd. do Pôrto / FFE - CEP 55071-800
 Nº medidor: 00051341829
 Nº medidor: 00051341829

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima fatura CPF/CNPJ/RANI
 Dez/2018 08/12/2018 08/01/2019 237.262.324-30
 INSC EST

UC (Unidade Consumidora): 5/880587-1

Canal de contato
 Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
 Reservista, referente-se na sua Organização Militar

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/11/18	21102	08/12/18	21287	20
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
0801	Consumo em kWh	186,00	0,954400	177,32
0801	Adc. B. Amarela	2,30	2,20	5,06
0807	CONTRIB SERV. LLAM. PUBL. CA	8,78	0,00	0,00
0804	AJUSTOS DE VOTA 11/2018	9,79	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018	3,94	0,00	0,00
0808	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2018	0,84	0,00	0,00
LANCEMENTOS E SERVIÇOS				
0801	Consumo em kWh	186,00	0,954400	177,32
0801	Adc. B. Amarela	2,30	2,20	5,06
0807	CONTRIB SERV. LLAM. PUBL. CA	8,78	0,00	0,00
0804	AJUSTOS DE VOTA 11/2018	9,79	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018	3,94	0,00	0,00
0808	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2018	0,84	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item
 Média últimos meses (kWh)
 185
 190 | 206 | 153 | 172 | 184 | 187 | 188 | 190 | 174 | 194 | 201 | 201
 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18
 195
 13/12/2018
 Hidro/cb 2018
 VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
 R\$ 180,67

d118.3f39.6327.2cc0.c9d3.b82b.7345.8d32

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,00	0,00	ACABADA	220	40,11	22,20
0,00	0,00	CONTRATADA	220	67,21	37,67
0,00	0,00	LIMITE INFERIOR	220	8,24	4,53
0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR	220	6,48	3,57
0,00	0,00	LIMITE INFERIOR	220	6,48	3,57
0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR	220	6,48	3,57

Sistema Único de Saúde

EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 16/08/1976 Sexo: M

705 6034 6729 5614

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e não pode ser usado para fins comerciais. Em caso de roubo ou perda, comunicar imediatamente ao SUS.

SUS

14 JUN. 2019

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

O documento não vale fiscal
Documento não é substitutivo de nota

Nº 022.090.190

Energisa

ENERGISA PARCELAS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. J. 200, 100 20 - Centro Empresarial - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 06.504.182/0001-00 Inscrição 15.015.823-9

ENERGISA PARCELAS
ENEA FLAVIO SOARES DE MORAES SEGUNDO
AV JOAO SACHADO 985 BL. 127
JOAO PESSOA

ABR/2019

08/04/2019

186

15/04/2019

5/1313928-2

R\$ 163,56

Energisa

ENERGISA PARCELAS
ENEA FLAVIO SOARES DE MORAES SEGUNDO
Roteiro: 94-091-030-2709
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

Acesse: www.energisa.com.br

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 JUN. 2019

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de A. Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.97984/69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Ferreira da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 000.228.094/90 do sinistro de DPVAT cobertura invalides / OMS da Vítima
Edinaldo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.228.094/90, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Avenida João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento <u>Sala 127</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)99921-9283</u>

João Pessoa 14 de Junho de 2019
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **EDINALDO FERREIRA DA SILVA**

PRONTUÁRIO N°

IDADE: 42A

SEXO: MASC

COR

CLÍNICA

Ortopedia

ENF.: 10

LEITO: 138

DATA DE ADMISSÃO: 07/01/2019

DATA DE ALTA: 30/01/2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta dos Ossos da Perna

CID

S82.0

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar Mangabeira.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + aine + analgésico*

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

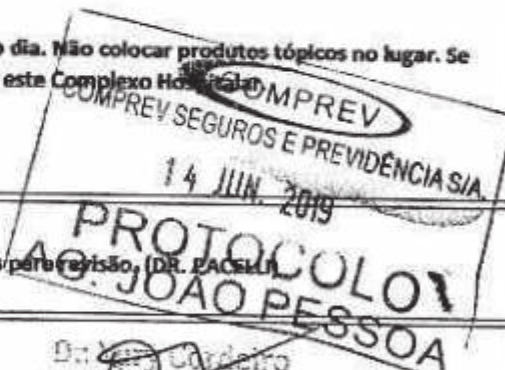
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. PACHECO)

30/01/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



CERTIDÃO

Nº. 0643/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº195531 e Prontuário nº 2019.01.000716 pertencente a **EDINALDO FERREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 07/01/2019 às 09h25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/01/2018 com alta médica dia 30/01/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 195531 Atd: Nao Regula
Data: 07/01/2019
Hora: 09:25:45
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.01.000716

CNS: 705603467295614 Sexo: M IDENTIDADE: 1829672 Fone: 988767994

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/08/1976 Id: 42 ano(s)

End.: RUA EMANUEL MERCES RODRIGUES, 15

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

Pai: RIVALDO FRANCISCO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMA- ANDREA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANG. CONDUTOR

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao:

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO
FRATURA DE MIE

Paciente trazido pelo ALM 492 com suspeita de fratura
de M.I. após queda de moto. Nega outros traumas ou queixas.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vicos adaos pernaes, cervical instavel, tórax estendido,
abdome leve, Glasgow 15, crenças e deformidade no dorso
distal de punho direito.

Diagnostico

Fratura de M.I.D.

Conduta

Pls atendimento
Solucao para o atendimento.

Prescricao

Horario da medicacao

Winauro Nunes Dias Alves
Cirurgião-Geral
CRM/PB 6894

Psicologia - 05/01/19

Realizada visita de acolhimento e
orientação.

Hospital Candeia de São Paulo
psicóloga
CRP: 13.1877 - Matr. 23.745-4

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

X Andreia Ferreira da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Nome: EDINALDO FERREIRA DA SILVA				Registro:	
Idade: 42 anos	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 29/01/2019			Cirurgião: DR. IDALECIO PACHELI		
1º Assistente: DR. VALDEBAN			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador: JARBAS		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura Diafisária de Tíbia Direita					S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese de Fratura de Tíbia					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antisepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da perna direita

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm

Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais

Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm distais

Aposição de 01 parafusos INTERFRAGMENTAR

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data:

Date: 29.01.18

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 200-740700078
MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edinaldo Ferreira da Silva Data da Admissão: 07/01/19
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: paciente quimicamente em uso
 HDA: do y para Depa
acessando de modo

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epístaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

LAUDO MÉDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: EDINALDO FERREIRA

DA SILVA, 42 anos em con-
tato com 2 semanas de
pós-operatório de fratura
de tíbia direita tratada com
placa e parafusos com bom
resultado. Uscelito de
90 (noventa) dias de ap-
tamento de suas atividades
laborais como previstas
de alto ortopédico.

CID: 582.2 M25.5

12/02/19

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6075
Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Nº de inscrição

000228094-90

Data de Nascimento

16/08/76

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.828.672 2ª VÍZIA DATA DE EMISSÃO 14 MAR. 1999

HOME EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Rivaldo Francisco da Silva

FILIAÇÃO Maria José Ferreira da Silva

16.03.1976

DATA DE NASCIMENTO

000.228.094-90

CPF

João Pessoa - PB

LEI Nº 1.206 DE 2008-05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

EDINALDO FERREIRA DA SILVA

DOC. ORIGINAL / OUT. BRASIL W 1829672 SSP PS

CPF 000.228.094-90 16/08/1976

NOME RIVALDO FRANCISCO DA SILVA MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

RESIDÊNCIA ACC CARRA AD

00537473546

23/06/2018

10/03/1998

818481786

PROVINDO PLANTIFICAR

818481786

LOCAL JOAO PESSOA, PB

07/10/2013

Rodrigs Cunha

14702892368

PRO26991284

DETRAN - PB (PARAÍBA)

COMPREV

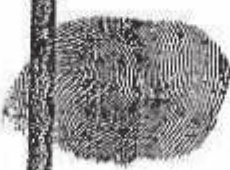
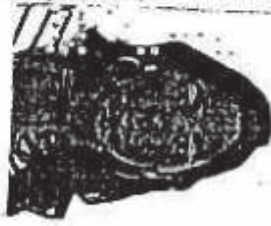
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 JUN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 14 JUN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011
 NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
 MARIA DE FÁTIMA PINTO

LUGAR DE NASCIMENTO DATA DE NASCIMENTO
 JOAO PESSOA-PB 07/02/1985

DIG. ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063
 CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB
 CPF 011.197.984-69

Luiz Gonzaga de Amorim
 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 12.740 DE 2012

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

DETRAN - PB
Nº 014200984284
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

VIA 1 0102508121-5 00/00000000 2018

EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ 00022809490 PLACA QFC3197/PB

NOVO 9C2ND1110ER024336

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA 2014 9C2ND1110ER024336

CAP/POT/CIL 2 P/291 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 00022809490 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 20/08/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - FISCAL 21/08/2018

14311 20401

PB

DETRAN - PB
Nº 014200984284
BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

CPF/CNPJ 00022809490 PLACA QFC3197/PB

NOVO 9C2ND1110ER024336

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA 2014 9C2ND1110ER024336

CAP/POT/CIL 2 P/291 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 00022809490 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 20/08/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - FISCAL 21/08/2018

14311 20401

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

DETRAN - PB
Nº 014200984284
BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

CPF/CNPJ 00022809490 PLACA QFC3197/PB

NOVO 9C2ND1110ER024336

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA 2014 9C2ND1110ER024336

CAP/POT/CIL 2 P/291 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 00022809490 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 20/08/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - FISCAL 21/08/2018

14311 20401

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

20401-1034413-20180821



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190381059 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.(PLACA E PARAFUSO)P.5.6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Edinaldo Ferreira da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Emmanuel Mendes Rodrigues nº 15, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58059-735, portador(a) do Rg nº 1829672, SSP/..... e CPF nº 000.228.094-90.

Outorgado: Cristhiana Flávia de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Cor. João machado nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58.000-007, portador (a) do RG nº 2665291, SSP/ PB e CPF nº 011.197.984-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Edinaldo Ferreira da Silva, ocorrido em 07.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez IDAMS.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de junho de 2019.

Edinaldo Ferreira da Silva
Outorgante
CPF Nº 000298094-8
CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRICTAL
Bel. Ademir Vieira Batista - Inscrição 1ª BPP - Rua Elías Pereira de Azevedo - 40 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP: 58059-735 - Fone: (33) 3333-1122

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) do(s).....
EDINALDO FERREIRA DA SILVA.....
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 06/06/2019 11:04:12
Maricleide Alexandre da Silva Nóbrega - ESCRITÓRIO AUTO
[2019-023440] EMOL: R\$ 49,91 FAREN: R\$ 0,29 EPJ: R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AIN49010-KX5T
Confira a autenticidade em <https://selodigital.trb-jp.org.br>



$$4 \times 25,00 = R\$ 100,00$$

$$4 \times 123,75 = R\$ 495,00$$

Lançamentos: compras e saques

22/11	FLORITA PLUS SIZE 02/04	136,00
	VESTUÁRIO João Pessoa	
26/11	MERCADOPA 02/05	56,00
	DIVERSOS OSASCO	
30/11	KARMELIA 02/04	73,70
	VESTUÁRIO JOAO PESSOA	
20/12	NARCISO ENXOVAIS 01/04	50,00
	MORADIA	
31/12	LOJAO DO BARBEIRO 01/05	98,19
	DIVERSOS	
03/01	EDUCA MAIS BRASIL	80,71
	MORADIA LAURO DE FREI	
14/01	PAG*chirurgiasb 01/04	25,00
	DIVERSOS	
14/01	PAG*chirurgiasb 01/04	123,75
	DIVERSOS	
Lançamentos no cartão (final 3354)		1.049,38

Total dos lançamentos atuais **1.049,38**

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
20/09	KALUNGA MANGABEIRAS/10	169,90
17/10	PRECIOSA COSMETICOS/10	120,00
18/11	LE BISCUIT 03/03	37,66
21/11	MERCADOPA 03/05	42,67
22/11	FLORITA PLUS SIZE 03/04	136,00
26/11	MERCADOPA 03/05	56,00
30/11	KARMELIA 03/04	73,70
20/12	NARCISO ENXOVAIS 02/04	50,00
31/12	LOJAO DO BARBEIRO 02/05	98,19
14/01	PAG*chirurgiasb 02/04	25,00
14/01	PAG*chirurgiasb 02/04	123,75

Próxima fatura **932,87**
Demais faturas **2.548,61**
Total para próximas faturas **3.481,48**

Encargos cobrados nesta fatura

Juros do rotativo	10,23 %	0,00
Juros de mora	1,01 % am	0,00
Multa por atraso	2,00 %	0,00
IOF de financiamento	(0,38 % + 0,0082 % a.d.)	0,00

Fique atento aos encargos para o próximo período (01/02 a 28/02)

Juros Máximos do contrato **10,45 % am** **235,11 % aa**

Pagamento mínimo desta fatura

Valor da fatura atual	1.049,38
Juros máximos do contrato	10,45 % am 235,11 % aa
Encargos em caso de pgto. mínimo (R\$)	93,21
CET do financiamento da fatura	11,08 % am 258,96 % aa
Valor em R\$	% do total financiado
Valor total financiado	801,97 100,00 %
Valor do IOF	5,58
Valor total a pagar	990,76

Parcelamento da fatura com seguro

Valor da fatura atual	1.049,38
Juros do parcelamento	3,40 % am 50,20 % aa
CET do parcelamento	4,79 % am 76,70 % aa
Valor em R\$	% do total financiado
Valor total financiado*	1.159,24 100,00 %
Total a financiar (1)	1.049,38 90,52 %
Valor do seguro (2)	78,67 6,79 %
Valor do IOF (3)	31,19 2,69 %
Valor total a pagar	1.657,92

(*) O valor total financiado é composto pela soma dos itens 1, 2 e 3.

Compras parc. c/ juros próximo período

Limite de crédito	7.920,00
Juros da compra parcelada	5,99 % am 102,95 % aa
CET da compra parcelada	6,30 % am 110,29 % aa
Valor em R\$	% do total financiado
Valor total financiado	7.920,00 100,00 %
Valor do IOF	235,28
Valor total a pagar	15.131,28

Demais Taxas de Juros próximo período

De retirada de recursos país	9,24 % am
De pagamento de contas	2,99 % am

4099 1100 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 770 1100 (demais localidades, somente chamadas de longa distância)

Para informações e cobranças: das 8h às 22h. Exceção feriados nacionais.

www.credicard.com.br

SAC 0800 720 0031

reclamações, cancelamentos e informações gerais. Todos os dias, 24h

Ouvixória 0800 570 0011

se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, compare a Ouvixória. Das 9h às 18h

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202890/19

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 000.228.094-90

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

EDINALDO FERREIRA DA SILVA : 000.228.094-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/06/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA