

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**Data do Acidente:** 06/06/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, 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](http://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, 09 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**Data do Acidente:** 06/06/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, 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](http://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, 08 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

768 25140434

Jose Ednaldo da Silva

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

Nome completo:

Jose Ednaldo cda Silva

CPF:

468 25140434

Profissão:

Ferreiro

Endereço:

R. Milton Medeiros de Meloias

Número:

3N

Bairro:

Coramame

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58088-390

E-mail:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

5279 5

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - PB 07/12/18

Nome:

CPF:

*Jose Ednaldo da Silva*  
(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V001/2018

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02139.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02139.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:00 horas do dia 07 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Ednaldo da Silva**, RG nº 1446924 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Luzia Alves da Silva e Lourival Antonio da Silva, nascido(a) em 18/01/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ailton Medeiros de Moraes, complemento QD 71 LOTE 30 APT 102, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Caixa de Água, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-6030.

**Dados do(s) Fatos:**

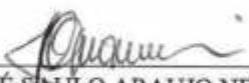
Local: Diogenes Chianca, Transnacional, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/06/17 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

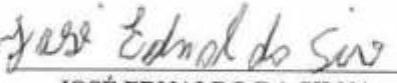
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE trafegava com o pas/ moto HYPE 50C preta JONNY, tipo ciclomotor, ANO E MODELO: 2010/2011, Chassi nº LHJXCBLD4B0215870, serial A, MOTOR 199FMB11A16772, registrado em nome de Reginaldo Moreira da Silva -cpf Nº 071.015.894-72; QUE segundo o notificante seguia normalmente e que ao parar o veículo em um cruzamento foi atingido por um ônibus da empresa transnacional (passageiros), não sabendo especificar o prefixo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante ao ser atingido foi jogado, que não sabe dizer se o motorista prestou assistência no momento; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 08/10/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10

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

João Pessoa/PB, 07 de novembro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ EDNALDO DA SILVA**  
Noticiante

# 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

768 25140434

Jose Ednaldo da Silva

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

Nome completo:

Jose Ednaldo cda Silva

CPF:

468 25140434

Profissão:

Ferreiro

Endereço:

R. Milton Medeiros de Meloias

Número:

3N

Bairro:

Coramame

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58088-390

E-mail:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

1033

CONTA: 5279 5

AGÊNCIA:

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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:

Nome:

CPF:

(\* Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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 RODO, 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1005387



## Identificação do paciente

|                                   |                                  |                |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|--|
| ID<br>1178015                     | Nome<br>JOSE EDNALDO DA SILVA    |                | Sexo<br>Masculino  |
| Data de nascimento<br>18/01/1970  | Idade<br>47 anos 4 meses 19 dias | Estado civil   | Religião   |
| Mãe<br>LUZIA ALVES DA SILVA       |                                  |                | Pai<br>LOURIVAL ANTONIO DA SILVA                                   |
| Escolaridade                      |                                  |                | Responsável (Parentesco)<br>RAIMUNDA DA SILVA LIBERATO - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel<br>83                   | Fone Móvel<br>988453614          | DDD Fixo       | Fone Fixo  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE) | Número documento<br>1446024      | Nº Cns         |  |
| Local de procedência<br>AGUA FRIA |                                  | Tipo<br>BAIRRO | UF<br>PB   |
| Email                             | Naturalidade<br>BANANEIRAS       | CBO/R          |  |

## Endereço

|                 |  |          |   |
|-----------------|--|----------|---|
| CEP<br>58068390 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB | Logradouro<br>AILTON MEDEIROS DE MORAIS |
| Número<br>S/N   | Complemento                            |          | Bairro<br>GRAMAME                       |

## Admissão

|                                    |                                     |                 |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora<br>06/06/2017 06:47:50 | Número da pulseira<br>1000006210266 | Convênio<br>SUS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|

Especialidade  
CIRURGIA GERAL

## Classificação de risco

## Caráter de atendimento

Clínica

Origem do paciente  
RUAMotivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETADetalhe do acidente  
VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

|                      |                       |                          |               |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não | Plano de saúde<br>Não | Voo de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|

Meio de transporte  
SAMU

Quem transportou

## Sinais Vitais

|                    |    |             |
|--------------------|----|-------------|
| PA<br><hr/> X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------------|----|-------------|

## Exames complementares

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

## Dados clínicos

acet EGR, laringite, queixas de dor  
na liberdadeFABIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS  
ENFERMEIRA URGENCIA E  
EMERGENCIA / SETSHL  
COREN PB 132215

## Diagnóstico

CID

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJOTempo  
48seg

Imprimir

RAIMUNDA DA SILVA LIBERATO  
RUA ALTON MEDEIROS DE MORAIS, S/N / C 71 BL 30 AP 102 - GRAM/MG  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58088390 (AG: 1)



Emissor: 04/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 220V/20A - Dívida Residencial - Juiz Passaré/PB - CEP: 58071-600  
Roteiro: 1-2-901-1 NF medidor: 00009650815  
Nota Fiscal: 11/01/2018 00015758849  
Cód. para Débito Automático: 00015758849

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI             |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Dez / 2018        | 04/12/2018   | 04/01/2019                       | 033.969.194-83<br>Eric Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/1575884-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002.
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
- Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

| Anterior  | Atual         | Constante     | Consumo                    | Dias                           |
|---|---------------|---------------|----------------------------|--------------------------------|
| Data 05/11/18   | Leratura 7365 | Data 04/12/18 | Leratura 7304              | 129 29                         |
| Demonstrativo   |               |               |                            |                                |
| CCG Descrição Quantidade Tarifado Valor Base Calc. ANL. Itron(RB) Base Calc. Pw(RB) Utiliz.(RB) |               |               |                            |                                |
| 0801 Consumo até 30KWh-BR   | 30.000        | 0,297990      | 8,63                       | 5,63 27 2,95 3,62 0,00 0,43    |
| 0801 Consumo - 31 a 100KWh-BR   | 70.000        | 0,410540      | 34,54                      | 34,54 27 0,02 34,54 0,37 1,72  |
| 0801 Consumo - 101 a 220KWh-BR  | 92.000        | 0,740210      | 33,87                      | 33,87 27 7,79 29,87 0,01 1,44  |
| 0801 Adm. E Amort.  |               |               | 1,26                       | 1,26 27 0,26 1,00 0,01 0,00    |
| 0810 Subsídio   |               |               | 47,39                      | 47,39 27 12,72 47,39 0,02 0,36 |
| LAVAGEMOS E SERVIÇOS  |               |               |                            |                                |
| 0807 CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA   |               | 2,99          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0804 JUROS DE MORA 10/2018  |               | 0,99          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0804 JUROS DE MORA 11/2018  |               | 1,66          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0808 MULTA 10/2018  |               | 1,80          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0905 MULTA 11/2018  |               | 2,10          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA *DIC/18  |               | 0,77          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0825 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2018  |               | 0,49          | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |
| 0808 Devolução Subsídio   |               | -1,72         | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |                                |

| CCG                       | Classificação do Bem | Total | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|----------------------|-------|------------|---------------|
| Media Últimos meses (kWh) |                      | 134   | 11/12/2018 | R\$ 98,44     |

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)  
157 | 162 | 122 | 147 | 154 | 112 | 116 | 123 | 97 | 115 | 144 | 154  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

5b21.8850.3718.fffbb1.cff1.ebd3.0d8e.

Composição do Consumo

| Indicadores de Qualidade | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|----------------------------------|-------------|--------|
| DIC MENSAL               | 5,31             | 0,00    | NOVAMENTE            | Demissões de Clientes Encerradas | 13,90       | 17,24  |
| DIC TRIMESTRAL           | 10,82            |         | 220                  | Contratação de Serviços          | 24,71       | 30,74  |
| DIC ANUAL                | 21,25            |         |                      | Entrada de Fornecedores          | 0,75        | 0,97   |
| FIC MENSAL               | 9,20             | 0,00    | CONTRATADA           | Entrada de Fornecedores          | 0,51        | 0,63   |
| FIC TRIMESTRAL           | 8,80             |         | LIMITES INFERIOR     | Adesão Contrato e Encerramento   | 45,48       | 57,20  |
| FIC ANUAL                | 13,20            |         | LIMITES SUPERIOR     | Outros Serviços                  | 0,00        | 0,00   |
| DAC                      | 3,03             | 0,00    |                      | Total                            | 98,42       | 100,00 |

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Sua unidade foi faturada com o Bairro Firmino, sendo um desconto de R\$ 17,12.

| energisa | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------|------------|---------------|
| PARAÍBA  | 11/12/2018 | R\$ 98,44     |

Roteiro: 1-2-901-3427  
Matrícula: 1575884-2018-12-5  
836000000000-7 98440149000-3 15758842018-0 12500002019-3

JJA 0000 26.335  
Bairro Manaira  
Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira  
Administrativo de Pagamento

Período: 09/2018  
01/06/29 / 01/07/2018  
CRPS: 0114629 / 000026  
701537384-05

JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA, 82  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB

DOS NETS

PARA 22 VENCIMENTO EXTERNA DEBITO AUTOMATICO E DUVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Vencimento Valor  
10/10/2018 199,99

Código NET  
907/014527082  
Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

CPF/CNPJ  
455.535.024-91

001,0004

Total

orientie:

casil e telefones sempre atulizadas.  
Dr. efeitos Net > Minha Conta/conta.  
Elemento da sua serviços NET, durante o  
análise ministrado, deixar aperto a tecla  
ctrl.

Minha NET:

|              |        |
|--------------|--------|
| descrição    |        |
| total        | 145,00 |
| NET VIRTUA + | 54,99  |
| NET Fone     |        |

② BDA LARGA NET  
② EMPRESAS 60 MEGA FID  
PONE EMPRESA BRASIL  
TOTAL 1L

Valor total  
199,99

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Pires Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.302.754 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Ednaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 768.251.404 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima João Ednaldo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 768.251.404 / 34, 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.

|         |                                     |        |                          |            |                        |                |
|---------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------------|------------------------|----------------|
| Enderço | <u>Rua João Fiscal Costa Duarte</u> |        | Número                   | <u>157</u> | Complemento            | <u>Sala 06</u> |
| Bairro  | <u>Mangabeira</u>                   | Cidade | Estado                   | <u>PB</u>  | CEP                    |                |
| Email   |                                     |        | Telefone comercial (DDD) |            | Telefone celular (DDD) |                |

João Pessoa 08 de janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Pires Duarte  
Assinatura do Declarante



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE   | JOSE EDNALDO DA SILVA |
| DATA DE NASCIMENTO | 18/01/70              |
| NOME DA MÃE        | LUZIA ALVES DA SILVA  |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.005.387                    |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 06/06/17                     |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 06:47                        |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA      |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA |
| CID 10                 | S42.0 + V23.2                |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, com dor na clavícula direita. Sem traumatismo crânio-encefálico. Nega perda da consciência. Sem outras queixas. Presença de fratura de clavícula direita, sem indicação de tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

### TRATAMENTO:

Tratamento incruento da fratura. Acompanhamento ambulatorial.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 06/06/17 |
| DATA DA EMISSÃO: | 08/10/18 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1005387



## Identificação do paciente

|                                   |                                  |                |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|--|
| ID<br>1178015                     | Nome<br>JOSE EDNALDO DA SILVA    |                | Sexo<br>Masculino  |
| Data de nascimento<br>18/01/1970  | Idade<br>47 anos 4 meses 19 dias | Estado civil   | Religião   |
| Mãe<br>LUZIA ALVES DA SILVA       |                                  |                | Pai<br>LOURIVAL ANTONIO DA SILVA                                   |
| Escolaridade                      |                                  |                | Responsável (Parentesco)<br>RAIMUNDA DA SILVA LIBERATO - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel<br>83                   | Fone Móvel<br>988453614          | DDD Fixo       | Fone Fixo  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE) | Número documento<br>1446024      | Nº Cns         |  |
| Local de procedência<br>AGUA FRIA |                                  | Tipo<br>BAIRRO | UF<br>PB   |
| Email                             | Naturalidade<br>BANANEIRAS       | CBO/R          |  |

## Endereço

|                 |  |          |   |
|-----------------|--|----------|---|
| CEP<br>58068390 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB | Logradouro<br>AILTON MEDEIROS DE MORAIS |
| Número<br>S/N   | Complemento                            |          | Bairro<br>GRAMAME                       |

## Admissão

|                                    |                                     |                 |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora<br>06/06/2017 06:47:50 | Número da pulseira<br>1000006210266 | Convênio<br>SUS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|

Especialidade  
CIRURGIA GERAL

## Classificação de risco

## Caráter de atendimento

Clínica

Origem do paciente  
RUAMotivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETADetalhe do acidente  
VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

|                      |                       |                          |               |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não | Plano de saúde<br>Não | Voo de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|

Meio de transporte  
SAMU

Quem transportou

## Sinais Vitais

|                    |    |             |
|--------------------|----|-------------|
| PA<br><hr/> X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------------|----|-------------|

## Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos  
acet EGR, laringite, queixas de dor  
na liberdade

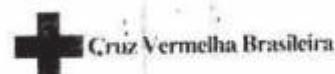
*FABIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS  
ENFERMEIRA URGENCIA E  
EMERGENCIA / SETSHL  
COREN PB 132215*

## Diagnóstico

CID

|  |                |
|--|----------------|
| Atendido por<br>THIAGO FERNANDES DE ARAUJO | Tempo<br>48seg |
|--|----------------|

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Paciente<br><b>JOSE EDNALDO DA SILVA</b>              | BAE<br><b>1005387</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>06/06/2017 06:47:50</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>18/01/1970</b>               | Idade<br><b>47</b>                                 | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | Telefone de Contato<br><b>(83) 988453614</b> |
| <b>Mãe<br/>LUZIA ALVES DA SILVA</b>                   |  |   | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, S/N</b>     | Bairro<br><b>GRAMAME</b>                           | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>           | Profissional<br><b>FELIPE TAVARES SENA</b>      | Nº Cons. Regional<br><b>5349/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>06/06/2017 06:47:50</b> | Data/Hora Prescrição<br><b>06/06/2017 09:09:08</b> |   |  |

### Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO INICIAL INCRUENTO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL - HTOP.

### MEDICAÇÃO

TENOIXCAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO -AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

### PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8, (OBSERVAÇÕES: OITO GESSADO POSTERIOR)

### CID10

| Código | Descrição  |
|--------|--|
| S42.0  | Fratura da clavícula   |
| V23.2  | Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pick up" ou caminhonete - motociclista não especificado traumatizado em acidente não-de-trânsito |

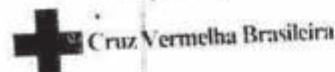
### Conduta

Alta médica

Felipe Tavares Sena  
Ortopedia Pe e Toraxico  
CRM 5349 PB

FELIPE TAVARES SENA  
(5349/PB)

JOSE EDNALDO DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNES: 6121221

|  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSE EDNALDO DA SILVA</b>       | BAE<br>1005367                           | Data/Hora Entrada<br>06/06/2017 06:47:50                      | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>18/01/1970               | Idade:<br>47                             | Sexo<br>Masculino   | Telefone de Contato<br>(83) 988453614 |
| Mãe<br><b>LUZIA ALVES DA SILVA</b>             | Bairro<br><b>GRAMAME</b>                 | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                               | UF<br>PB                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>              | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO</b> | Nº Cons. Regional<br>10452/PB         |
| Data/Hora Classificação<br>06/06/2017 06:47:50 |  | Data/Hora Prescrição<br>06/06/2017 07:17:08                   |                                       |

### Anamnese

PACIENTE TRAZIDO COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO/ÔNIBUS. REFERE DOR EM CLAVÍCULA DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO, PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. A:VIA AÉREA PERTINAZ + COLAR CERVICAL B: RESPIRAÇÃO EXPONTÂNEA E SIMÉTRICA C: SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO D: GLASGOW 15 E: DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA D. CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL + PARECER DA ORTOPEDIA + RAIOS X DE CLAVÍCULA D

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

### CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação



GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO  
(10452/PB)

JOSE EDNALDO DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                         |        |            |                   |           |         |                     |
|-------------------------|--------|------------|-------------------|-----------|---------|---------------------|
| Nome                    |        | Data de    | Idade             | Sexo      | Nº      | Data Prescrição     |
| JOSE EDNALDO DA SILVA   |        | 18/01/1970 | 47                | MASCULINO | 1005387 | 06/06/2017 09:09:08 |
| Motivo do Atendimento   | Sector |            | Posto de Trabalho | Leito     |         | Prescrição válida a |
| ACIDENTE DE MOTOCICLETA |        |            |                   |           |         | 06/06/2017 09:09:08 |

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| Nome do medicamento                          | Dose | U.M. | Vl | Via de      | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso | Aprazamento         |
|--|------|------|----|-------------|-------------|-----------|-------------------|---------------------|
| 1 TENOXICAN 20MG INJETÁVEL(IFRASCO - AMPOLA) | 1.0  | MG   |    | INTRAMUSCUL | AR          | AGORA     |                   | 06 de Junho de 2017 |

FELIPE TAVARES SENNA  
CRM: 5349

*Felipe Tavares Sena  
Ortopedia Pb e Traumatolog  
CRM 5349 DP*

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sesmedor Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, SAN - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

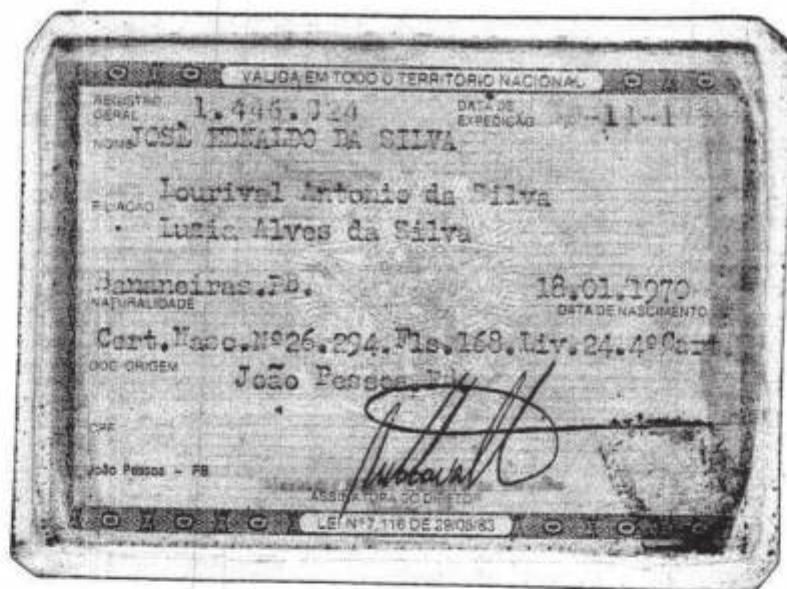
| Name                  | Data de<br>Nascimento | Idade | Sexo              | Nº      | Data Prescrição                            |
|-----------------------|-----------------------|-------|-------------------|---------|--|
| JOSE EDNALDO DA SILVA | 18/01/1970            | 47    | MASCULINO         | 1005387 | 06/06/2017 07:17:08                        |
| Motivo do Atendimento |                       |       | Posto de Trabalho | Leito   | Prescrição válida a<br>06/06/2017 07:17:08 |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

| Name do medicamento | Dose | U.M. | VL | Via de | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso | Aprazamento         |
|---------------------|------|------|----|--------|-------------|-----------|-------------------|---------------------|
| 1 PARECER ORTO      | 0.0  |      |    |        |             |           |                   |                     |
|                     |      |      |    |        |             |           |                   | 06 de Junho de 2017 |

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE  
CRM: 10452

*Gabriela Albuquerque Batista de*  
*Assinatura e Carimbo do Profissional*





## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

José Ednaldo da Silva, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão  
Pedreiro, CI RG nº 1.446.024, CPF/MF nº 468.251.179-30 residente e domiciliado(a) à Rua  
Ailton Pedreros de Moraes nº 421, Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58015-570, telefone  
99105.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Socorro Pessoa, 09 de janeiro de 2018.

10  
AL

José Ednaldo da Silva

## OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464210/18

**Vítima:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**CPF:** 768.251.404-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/06/2017

**Titular do CPF:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE EDNALDO DA SILVA : 768.251.404-34

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464210/18

Número do Sinistro: 3190000879

Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA

Data do acidente: 06/06/2017

CPF: 768.251.404-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDNALDO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

Declaração Circular SUSEP 445/12

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA