

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

Nº Sinistro: 3180050362

Vitima: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 26/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180050362**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12320741



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

Nº Sinistro: 3180050362
Vitima: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA
Data do Acidente: 26/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180050362**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

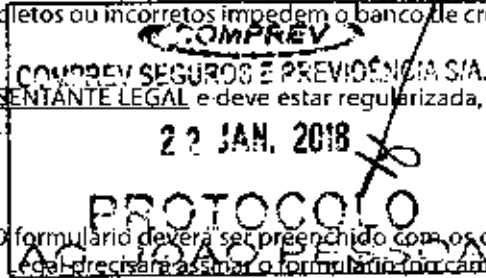
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

099.519.154-93

Nome completo da vítima

Robson Miguel de Sousa Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Robson Miguel de Sousa Lima	099.519.154-93	Desenvolvente de Pedagogia
Endereço	Número	Complemento
Rua. João Velho	514	
Bairro	Cidade	Estado
Alto do Hateros	João Pessoa	PB
Email	CPF	Telefone (DDD)
alexandrascarduarte@hotmail.com	68080-220	83-98830-9676

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. D/V CONTA NRQ. D/V

0037 00031061 5

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

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

BANCO Nome NRQ

AGÊNCIA NRQ. D/V CONTA NRQ. D/V

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

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

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

Robson Miguel de Sousa Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00077.01.2018.1.00.420

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00077.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 16 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Edvan Miguel de Sousa Lima, CPF nº 099.519.154-93, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Creuza Miguel de Sousa Lima e Não Declarado, natural de Caiçara/PB, nascido(a) em 15/02/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Coronel Joca Velho, Nº S/N, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Bar do Cristiano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98866-7478.

Dados do(s) Fatos:

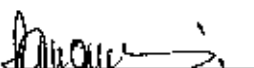
Local: Carteiro Lopes da Silva, Neto do Gás, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/11/16 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

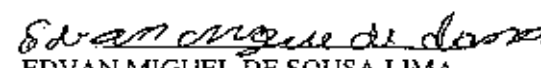
QUE, segundo o notificante no dia 26/11/2016, por volta das 22:00 horas, quando transitava na rua: Carteiro Lopes da Silva, no bairro do Alto do Mateus, nesta capital, PB, conduzindo o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/CG 160 START, ano e modelo 2016/2017 de cor preta, placa QFT 6167/PB, chassi nº 9C2KC2500HR003012, cadastrado em nome do notificante; QUE ao chegar na rua acima citado, um outro veículo colidiu com o veículo do notificante, não sabendo identificar a marca ou modelo do veículo que causou o acidente, nem tão pouco o condutor; QUE, segundo o notificante este veículo logo após o acidente tomou destino ignorado, que devido ao impacto veio a solo e sendo socorrido pelo SAMU, para o hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 20/02/2017, E ASSINADO PELO MÉDICO, Dr. José de Almeida Braga, CRM 2829/PB. QUE não quer representar criminalmente.

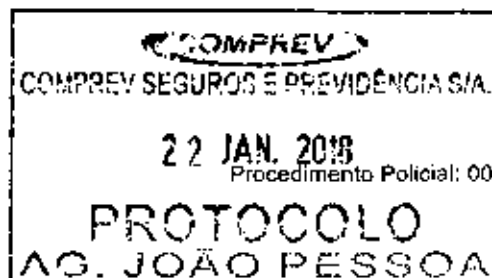
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação




EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA
Notificante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Barbosa Miguel de Souza

CPF da Vítima

099.519.154-93

Data do Acidente

26-11-16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

CONDREY SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2018

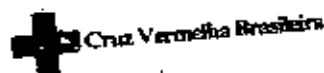
Local e Data

Edson Cruz de Souza Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato declaratório



ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 963769

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente

ID 1109388	Nome EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA	Estado civil (SOLTEIRO(A))	Religião NAO INFORMADA	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/02/1983	Idade 27 anos 9 meses 11 dias		Pai NAO DECLARADO	Prontuário
Mãe CREUZA MIGUEL DE SOUSA LIMA			Responsável (Parentesco) LUCINEIDE MIGUEL DE SOUSA LIMA - IRMÃO(A)	
Escolaridade NAO INFORMADO			DDD Fixo	Fone Fixo
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987998420		Nº Cns 180231152840009	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3476281		Tipo BAIRO	UF PB
Local de procedência ALTO DO MATEUS			CBOR	
E-mail	Naturalidade CAICARA			

Endereço

CEP 58090567	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CANTOR RAUL SEIXAS
Número SN	Complemento		Bairro ALTO DO MATEUS

Admissão

Data e Hora 28/11/2018 22:51:15	Número da prateleira 1000004688289	Convênio SUS
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------

Especialidade

TRAUMATOLOGISTA

Classificação de risco

URGÊNCIA

Indicadores e Transporte

Caso policial
NÃO

Meio de transporte
SAMU

Sinais Vitais

PA

X mmHg

Pulso

Temperatura

Exames complementares

Raio X []

Sangue []

Urina []

TC []

Liquor []

ECG []

Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por

THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

16/12

20/11/2018

26/11/16 # Ven

às 23h55

Vinha de poltrona
por acidente c/ motorcade
sem perda de consciência

sem vômitos

sem cervicalgia

Glasgow 15

Rx col. cervical sem fratura
ou deslinhamento

ON: Atm da NCR

Ortopedia 24/11/16

00:31h

Acidente de moto (SIC)

travou na estrada e jogou

Dr. Dr. e edema com
sintomas

Rx de punho (E), joelho

2 costas (E) → Anterior de
reflexo ou luxação.

examinando membros mediantes

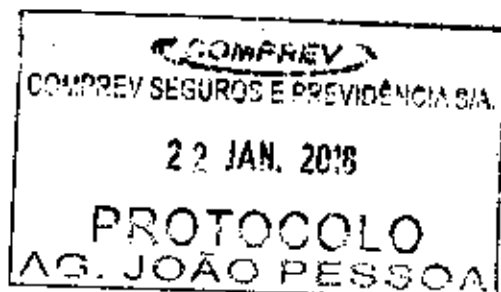
o tornozelo (E)

Dr. Alta da Ortopedia

1. Cirurgia pl. Sutura

- 12 (E)

George Mendes
Neurocirurgia / Neurotraumatologia
CRM-PB 8346



Dr. Rodrigo Castro de Amara
Ortopedia e Traumatologista
CRM-PB 4047 / TEO 8331

Emissão 18/12/2017 Referência Dez/2017
Chevrolet/Suniper RESIDENCIAL/ BADA REQUILAZINHO/ASA
Roteiro B - 1 - 178 - 2000 Nº de Gotej 90001272000

ENERGISA PARÁIBA: INSTITUIÇÃO DE ENERGIA S/A
Rm 25 - Centro Financeiro - João Pessoa/PB - CEP 58071-100
CNPJ: 08.095.133/0001-40. Fone: (31) 415.8224

Nota Fiscal e Contas de Energia Elétrica / Fone 0800 282 885
Cob. para DFL e afins: 0800 333 224

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

Conta referente a
Dez / 2017

Apresentação
16/12/2017

**Data prevista da
próxima leitura
18/01/2018**

CPF/ CNPJ/ RARF
70563792493
Imp. Exp.:

UC (Unidade Consumidora):

5/1332243-3

Canal de contato

- Tabela Social da Empresa Eletrônica - TSEE - em anexo ao 1º Ur nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Comprovante de residencia



Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lettura	Data	Lettura						
17/11/17	15677	18/12/17	15922	1		245		20	
Demonstrativo									
CC1	Descrição	Quantidade - (Força de Trabalho)	Valor Base Calc. (R\$)	Porc. (R\$)	Porc. (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Porc. (R\$)	Porc. (R\$)	Porc. (R\$)
0501	Consumo até 300W/h-BR	35,000 0,347500	7,40	7,42	27	7,63	7,42	5,08	0,28
0601	Consumo - 31 a 100W/h-BR	71,000 0,474410	23,70	29,70	27	6,83	29,70	0,24	1,11
0602	Consumo - 101 a 220W/h-BR	129,000 0,596206	78,28	75,23	27	20,87	75,28	0,82	2,84
0502	Consumo acima de 220W/h-BR	25,000 0,707330	17,68	17,88	27	4,77	17,95	0,14	0,68
0603	Adic. B. Verbetes		10,81	10,51	27	2,86	10,51	0,03	0,58
0810	Subtotal		49,27	49,20	27	13,29	49,20	0,40	1,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507	CONTRIB SERV CUM PUBLICA		0,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0502	CUSTO DE REUSCAO NORMAL 11/2017		7,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0502	PARCELAMENTO DE DEBITO 01/2		56,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0506	Desenvolpo Substância		57,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CC1	Código de Classificação do Item	TOTAL		229,89	070,00	51,54	153,00	1,54	7,11

Médula Óssea meses (RWI)

VENCIMENTO
22/12/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 229.86

Histórico de Consumo (kWh)

312	1	278	1	311	1	277	1	315	1	312	1	249	1	257	1	310	1	298	1	299	1	283
Nov17		Oct17		Sept17		Aug17		July17		June17		May17		April17		March17		Feb17		Jan17		Dec16

223a2a813.2177.e37d.3e58.5bcf.d60b.c395

Indicadores de Qualidade		Limite de Tensão (V)		Classificação de Tensão		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição do tipo	Valor (V)	%
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20	1930094	220	Serem os tipos de Emergência	75,37	15,73
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Grupo de Emergência	49,33	20,42
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Sistema de Emergência	5,27	2,24
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Sistema de Emergência	9,73	4,22
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Sistema de Emergência	35,57	16,00
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Outros Sistemas	66,77	76,83
DIFERENCIAL DE TENSÃO	0,20			Total	229,66	100,00

1984年12月25日

ATENÇÃO

[illegible]

Paturas em atraso	
Nov/17	289,58

Feeling

2019-2020
 2019-2020

VENCIMENTO:
22/12/2017

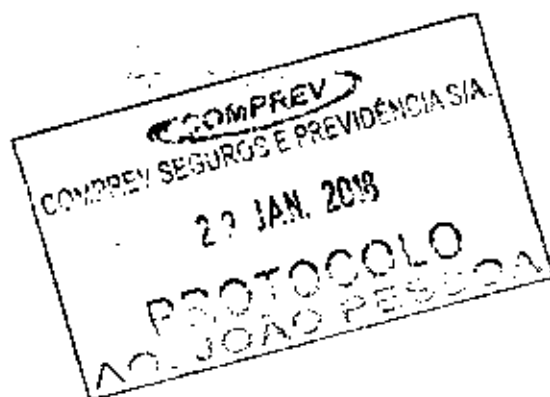
TOTALA PAGAR
RS 229.86

83660000002-7 29860149000-6 13322432017-5 12000001019-5



Atto ao Matos - Ncha Capel 19 - 22:00
26/11/2016

Cateteiro Lopes da Silva





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 ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Miguel de Souza Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.519.154 / 93 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Edson Miguel de Souza Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.519.154 / 93 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Mauina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandra.cesar.duarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(35) 99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa, 19 de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



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

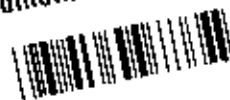


LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA
DATA DE NASCIMENTO	15/02/89
NOME DA MÃE	CREUZA MIGUEL DE SOUSA LIMA

Documentação médico -- hos



DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	963.769
DATA DO ATENDIMENTO	26/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO TORNOZELO ESQUERDO
CID 10	S91.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência, sem cervicalgia, presença de ferimento corto-contuso em tornozelo esquerdo. Abdômen sem alterações. Pupilas fotoreagentes. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical P
RX de joelho esquerdo AP/P
RX de torax AP
RX de perna esquerda AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento no tornozelo esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	27/11/16
DATA DA EMISSÃO:	20/02/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM 22.000

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

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



Primeiro Atendimento Médico

100000488228 0E: 963765
EDUARDO MIGUEL DE SOUSA LIMA
DT. NASC.: 15/02/1989
RAÇA: CAUÇA MIGUEL DE SOUSA LIMA

END.: CANTOR RAUL SEIXAS
N. 58 - ALTO DO MATEUS
JORD PESSOA
POB.: ()
CELULAR: (M3) 997839420
IDRAX: 27
DT. ENTRADA: 20/11/2016 22:01:10

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

OME DO PACIENTE: IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Qtd. atual de ferimentos: 1 ferimento
ferimento de natureza perfurante
Anterior*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS

HTD: ☐ Sim ☐ Não
HTE: ☐ Sim ☐ Não
Ruidos: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂: ☐ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoceagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ☐ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA		ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA		ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA	
(<4 anos)		(<4 anos)		(<4 anos)	
Spontânea	4	Consolente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
					1

TOTAL:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

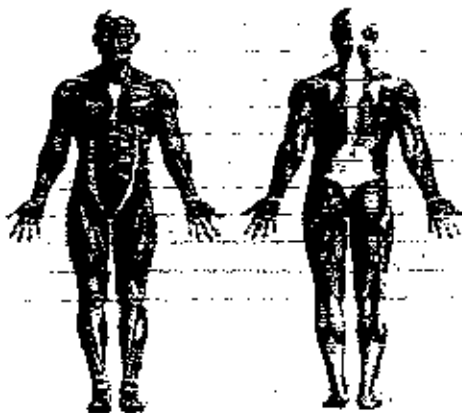
F(NG).CC.001-3

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado: →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abração | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalme | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Engravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer de _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A revella☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ IML☐ SVO

DATA

DA 27/11/16

SAÍDA

HORAS: 10:45

Alberto Barros Araújo
 Médico
 CRM 10205

ASSIN

ASSIN DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 JAN. 2016

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-2



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000168149

Idade: 27 anos

Paciente: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

Data: 26/11/2016

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

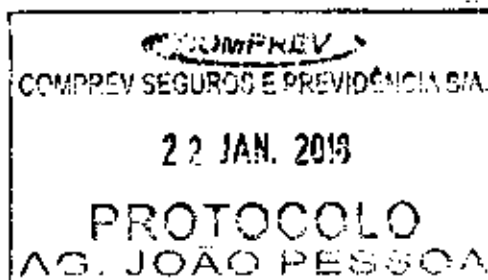
Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico do joelho esquerdo dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 27/11/2016 12:04.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

69



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000168149

Idade: 27 anos

Paciente: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

Data: 26/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

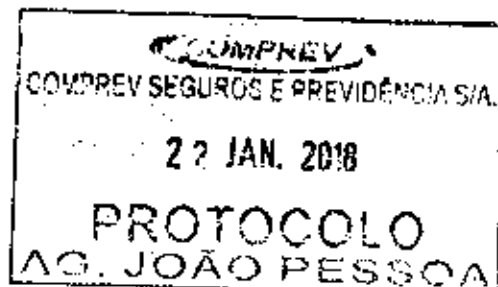
Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 27/11/2016 12:05.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

Documentos de identificacao



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO P-47

Edvan Miguel de Sousa Lima
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3475281 DATA DE EXPIRACAO 09 AGO 2006

NOME EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

FILIAÇÃO Creuza Miguel de Sousa Lima

Localidade Calçara-PB DATA DE NASCIMENTO 15.02.1989

Cert.de Nasc. Nº 4.789 Fls. 290 Livro. DOC. ORIGEM A-5 Cart. de Logradouro-PB

CPF 011.111.111-11

ASSINATURA DO DIRETOR

15/02/1989

COMPANHIA
CORPORATIVA DE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 JAN 2016

PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

089.519.154-93

EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

15/02/1989

Documentos de identificação



IDENTIFICAÇÃO




07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: **046.502.754-74**

Nome: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Nascimento: **21/08/1982**



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - OAB -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional da Paraíba

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

ADVOGADO
ADVOGADO EM EXERCÍCIO
ADVOGADO EM EXERCÍCIO
ADVOGADO EM EXERCÍCIO
ADVOGADO EM EXERCÍCIO

DATA DE CRIAÇÃO DO C.R.
30/07/2007

DATA DE EXERCÍCIO
12/01/2008

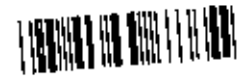
José Mário Porto Júnior
JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
MG. JOÃO PESSOA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L
A
C
R
E
0
0
4
4
0
0
9
2
2
4
0

DETRAN - PB Nº 013928765115
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD. RENAVAM PRT 20170000470857-8 EXERCÍCIO
1 0109879942-6 00/00000000 2017

NOME
EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA

CPF / CNPJ
09951915493

PLACA
QFT6167/PB

PLACA ANT. FUP CHASSI
NOVO PB 9C2KC2500HR003012

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 160 START 2016 2017

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
00/00/0000 1ª

FAIXA / FVA. PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COT (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 30/11/2017

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NAUCION HONDA LTDA

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 04/12/2017

4269Z



[Signature]
Carimbo do Detran PB

32221

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PÉ, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013928765115 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 04/12/

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09951915493 QFT6167

RENAVAM MARCA / MODELO
01098799426 HONDA/CG 160 START

ANO FAB. COTAS Nº CHASSI
2016 9 9C2KC2500HR003012

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITA
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 30/11/2

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.603/0001-04

32221-0950192-20171204

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180050362 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVAN MIGUEL DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 26/11/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Ferimento no tornozelo esquerdo realizado sutura

Resultados terapêuticos: Sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

