

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDICLESON ALVES BARBOSA

Nº Sinistro 3180236550

Vitima: EDICLESON ALVES BARBOSA

Data do Acidente: 18/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180236550**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **18/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

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

093.429.064-43

Nome completo da vítima

Edicleison Alves Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Edicleison Alves Barbosa	CPF titular da conta	093.429.064-43	Profissão	Agricultor
Endereço	Sítio Serrinha	Número	51/N	Complemento	Casa
Bairro	Área Rural	Cidade	Imaculada	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58745-000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 8655-9484 (87) 9 9999-9976

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
0419		00338971	5

(Informar dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Nº:		
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V

(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.

Imaculada, PB, 11 de Maio de 2018
 Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

DELEGACIA DE IMACULADA

Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PE, 58.745-000

... e achado conforme, vai devidamente assinado pelo notificante e por mim. Agente de
execução que o digitei.

Imaculada/PB, 26 de MARCO de 2012.

ATTORNEY: Edelson, 1608 Bay 6080.

~~JOSE ROMAO DE LIMA STOSA NEVES
AGENTE DE INVESTIGACAO
MAT 158 531-1~~

DELEGACIA DE POLICIA
- DE -
Imaculada - PB.

2. DESKTOP COMPUTER
3. OFFICE EQUIPMENT, READING MATERIAL, ETC., ETC.

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Fátos-PB 21/05/2018 16:26:56
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2018-008495] EMLR:R\$ 2,37 FARPM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS
SELO DIGITAL: AGY85185-LS2C
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

A circular stamp with the following text:

3º OFÍCIO
DE NOTAS
SERVIÇO NOTARIAL
ALDO XAVIER
Fone: (83) 3421-3438
Fax: (83) 3421-8630
REGISTRAL

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA/S/A
22 MAIO 2008
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDICLESON ALVES BARBOSA
Nº Sinistro: 3180236550
Vitima: EDICLESON ALVES BARBOSA
Data do Acidente: 18/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180236550**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDICLESON ALVES BARBOSA
Nº Sinistro: 3180236550
Vitima: EDICLESON ALVES BARBOSA
Data do Acidente: 18/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180236550**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180236550 **Cidade:** Imaculada
Vítima: EDICLELSON ALVES BARBOSA **Data do acidente:** 18/02/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO NA CABEÇA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes: SUTURA

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ediclelson Alves Barbosa
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 7.563.917 CPF: 093.429.064-43
Endereço: Sítio Serrinha, s/n - Área Rural; Imaculada-PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Títico Gomes, 405 – Bairro: Bela Vista – CEP: 58704-460 – Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ediclelson Alves Barbosa

Imaculada-PB; 10 / Março / 2018

Local e data

Ediclelson Alves Barbosa

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Ant^o Caetano, S/N, Centro, Imaculada - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

EDICLELSON ALVES BARBOSA

Do f^o f^o, Imaculada/PB - 19/03/2018

Escrevente: LIDIANA ROCHA NUNES

Selo Digital: AGQ90764-G2DT

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>

Emol R\$9,23 Farpen R\$0,27 MP R\$0,15 Fepj R\$1,85



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Lidiana Rocha Nunes
Escrevente Autorizada
Imaculada-PB

COMPREV
COMPREV PPREV SICASIA
22.4.13
AG PROTOCOLO
PROJETO PESSOA

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 28734

Prontuário: 99969

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Classif. Risco: VERDE

Transporte: SAMU 192

Origem: VIA PUBLICA

Servidor do Dr.:

Regulado: N

Paciente: EDICLESON ALVES BARBOSA

Idade: 26 Gênero: HOMEM CIS

Filiação:

Filiação I: CECILIA ALVES BARBOSA

Filiação II: ENOQUE BARBOSA DA SILVA

Endereço:

Cidade: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707

Endereço: SITIO SERRINHA

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: IMACULADA - PB

Fone: (83)99626-5149

N.:

Documentos:

CNS: 703-6010-7725-4338

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 7/10/1991

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: *D. Emilia Alves Lima*

ANAMNESE: (História da Mojestia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Par - in - a - Sint - a - mort -
tr - - - cor - (c)



EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

mr + dor + dysuria
cor - (c)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

fundos d'azm a jui (c)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: 01 / 03 / 18

Receptionista: ISRAEL



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

ADICLESON ALVES BARBOSA

DA CLÍNICA

A CLÍNICA BUCOMAXIL

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente vítima de acidente de moto.

APRESENTANDO FERIMENTO NA GLABELA,
SENDO SUBMETIDO A SUTURA, APRESENTA
FRATURA NASAL ALINHADA, AGUARDA AVALIAÇÃO
& CONDUZIDA PELA ORTOPEDICO, PARA
REALIZAÇÃO PELA BUCOMAXIL, PÓSTERIOR.

PATOS - PG

18/02/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Alton de Moraes Cavalcanti
Cirurgião Bico-Maxilo-Facial
C.R.O. 2630

PROTÓCOLO
AG. IDAOFESSO
22/02/2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

NOME: Edicleison Almeida

DA CLÍNICA A CLÍNICA

A CLÍNICA ~~proto~~ ^{proto} ~~proto~~

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

feature em fumar

1810212.

DATA'S

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Don't put in the

Brother designs a fine O
ring gland on the top

$$d = \sqrt{t^2 + b^2}$$

- Major Segregation

— Pre-o. penicillin

- so who's unique?

paragon of tragic & grandeur

181212

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

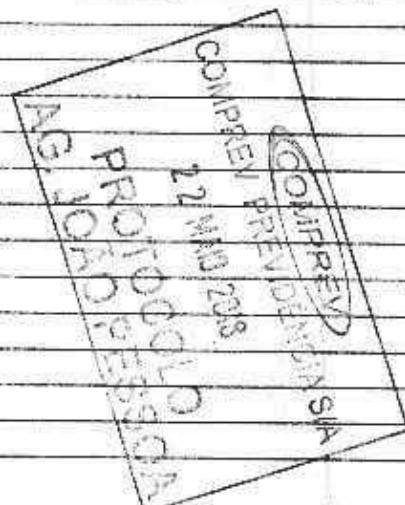
Dr. R. M. G. 1925
1925
1925
1925
1925
1925



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Edurlen

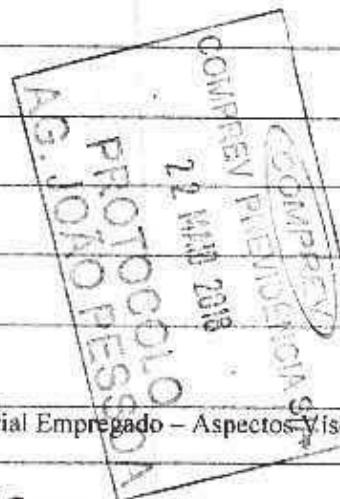
LEITO:
REG.: 999 69





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edicleison P. Barboza</i>		Nº prontuário <i>99969</i>
Data da Cirurgia <i>18/12/13</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>R. Moreira Jr.</i>	1º Auxiliar	
Anestesista <i>R. Gontijo</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Paroxismo diajico de fome</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Paroxismo de fome e quebra de</i> <i>lítio</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>?</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- M - - DNI - Sos anest.
- Antes + colocar de cima a
- Passar a fome e quebra no n.º 3, o
- Cima
- Peso (4 kg).

7381

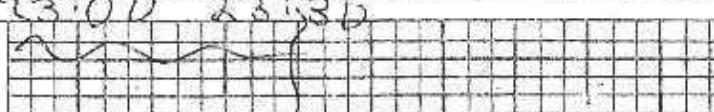
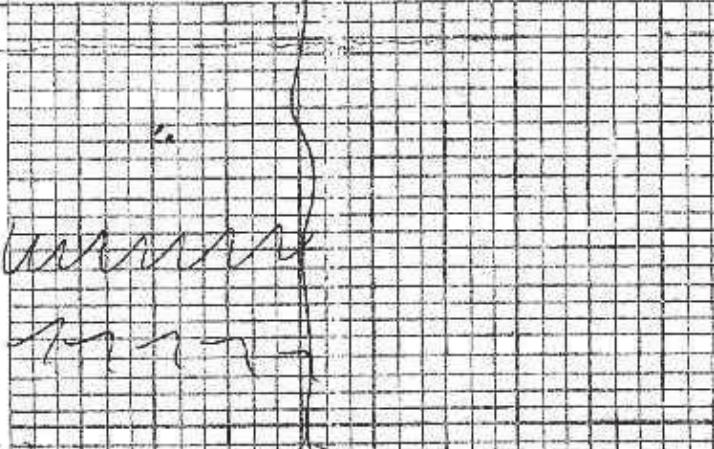
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: Edilson Alves Barbosa					
DT.	LEITO:	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
		465	26	99969	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA: Traço esquelética, re			CIRURGIA: Dr. Manoel Alves		
ANESTESIA: Rogen MID			ANESTESISTA: Dr. Gutemberg		
INSTRUMENTADORA: ✓		DATA: 08.09.09		INÍCIO: 23:30 FIM:	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo	1	Scalp
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cárdo-Respirador	1	Sonda de Foley
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
1	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
1	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin	1	Sonda Urétral
1	Pavulon	1	Sonda Nesogástrica
1	Dormind	1	Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg	1	Dreno-Paracorrugado
1	Xilastesin a 5%	1	Dreno Sucção
1	Inoval	1	Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%	1	Espanadrapo
1	Etedimida	1	Xilocaina Gel
1	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
1	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hidrônico
1	Nar-	1	Algodão Ortopédico
1	Forane	1	Cidex
1	Sufenta	1	Vaseline Esteril
1	Diazepan	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gefalctina 19g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plastil	1	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona	1	Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Espanin 5000 VI	1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilitil	1	Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
1	Amicacina 500mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável	1	Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocate 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
1	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
1	Prolene 0 c/ agulha		

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital:		Enfermaria:		Leito:	Nº Prencupular:
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: EDILCEISON ALVES		Idade: 26	Sexo: M
Date	Pressão Arterial: Pólos: 120X80	Respiração: 18/100	Temperatura: 36,5	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrita	Glicemia
				Ureia	Outros
		Urina:			
Ap. Respiratório				Asteia	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo		Dentes	Passoço	Ap. Urimário	
Estado Mental		Alucinóicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório:		FRACTURA DO FÉMUR (E)		Estado Físico	Risco
Anestesia Admíssiveis					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada à:		Efeitos:	
15-20-30-40-50-60-70-80-90-100-110-120-130-140-150-160-170-180-190-200-210-220-230-240-250 02 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				INDUÇÃO Satisf. _____ Excit. _____ Toss. _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____	
C.O. D.I.G.C. P.V. ARTERIAL PULSO: - RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA: - OPERAÇÃO				MANUTENÇÃO Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ DESPERTAR Reflexos na SO _____ Obstr. CO2 Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com cianose para o leito sim _____ não _____	
Símbolos e Anotações: 0.5 mg - 10ml				CONDIÇÕES Cianose _____	
Posição:					
Agentes:					
Técnica: MAQUINA ANESTESIA					
Oxigenio:					
Gêneros: MALCEDO ALVES					
Anestesiologista: GILVANELO GOMES-MA					
Observações: DATA: 18/03/97					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					



GILVANELO GOMES-MA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Ediclever Alves Barbosa

DA CLÍNICA Cirurgica
A CLÍNICA cardiologia

ENFERMARIA
LEITO

96
06

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23.02.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

RECECER:

26 anos

Prv op. favela 11.67

ANOS: NDN

MES: NDN

ACTH: 50000

AN. ROR-21.

ECG: Normal

Conclusao:

Banda niss

21/02/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edi Clíson Douglas Bonfim		Nº prontuário 999.69
Data da Cirurgia 27/02/08	Enf.		Leito
Cirurgião Dr. José Siqueira	1º Auxiliar Dr. Marcos Sashin		
Anestesista Dr. Augusta Junes	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fractura patela fechada (c)			
Tipo de Cirurgia Osteosíntese fechada (c)			
Diagnóstico Pós Operatório O mesmo			
Relatório imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso — Tática e Técnica — Ligaduras — Drenagem — Sutura — Material Empregado — Aspectos Visceras

- 1) Portaria, sob gesso metálico
- 2) Osteosíntese + foliculose com os limpa-rosas
- 3) Incisão foliculose coxa (c) + passar by power
- 4) Reverso da fratura + fixar os ossos e passar
- 5) Limpar o SFOBPI + sutura + limpar

João H. Siqueira Laureano
Ortopedista e Traumatologista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Ediclebsar s/nº Barroso</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
2º NSC	LEITO DG	CONVÉNIO SUS	DATA 26	REGISTRO 99969		
CIRURGIA TTO cirurgico fémur (E)			CIRURGIA João e Marcelo			
ANESTESIA Regina			ANESTESISTA Augusto			
INSTRUMENTADORA Walvane	DATA 27/02/18		INÍCIO 16:30	FIM	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala	1	Seringa 6 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavalon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fantanal 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	x	Espanadrapo
	Etodimide	x	Xilocaina Gel
	Ketalar	x	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	x	PVPI Tintura
1	Dimorf	x	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar-n		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufanta		Vaseline Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gentiotina 19g <i>Captação 25</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilacit		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 c 22	18	Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	x	<i>ny bone 2</i>

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO

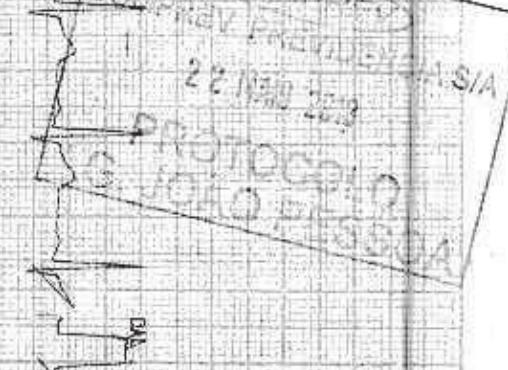
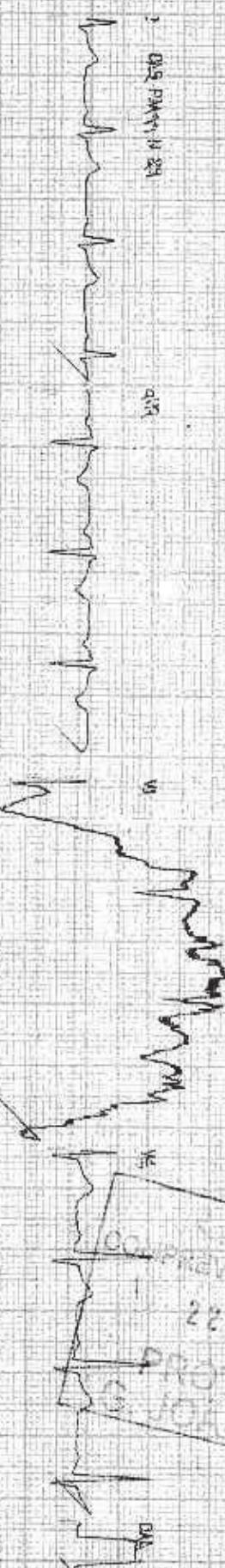
SECRETARIA DE SAÚDE

26. avr.

18 02 2015

22:55

Fluorode





Paciente: EDIGLESON ALVES

Idade: 26 ANOS

Médico Requisitante: DR. GAUDENCIO M. DE S. FILHO

Data: 21/02/2018

Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Comanda: ---

GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro

Método: Enzimático/ Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 70 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dL

70,0 a 99,0 mg/dL

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.



Dr. Waldir Orleans Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2309 | CRF-PB: 1854

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Placente: EDIGLESON ALVES
Médico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO
Setor: INTERNO
Unidade: CLIN CIRURGICA

Nascimento 07/10/1991 Idade: 26 Sexo: M
Cod. Pac. 19840 Protocolo 43601
Data 21/03/2018 Hora 08:24:37
Leito 9/06

HEMATOLOGIA

MODERATION

Material: SANGUE
Método: AUTOMATIZADO

LA FERME 113

Concentração	4 770 000/mm ³	4,4 - 5,1 milhões/mm ³	4,2 - 5,4 milhões/mm ³
Hemoglobina	4,5 g%	13,5 - 13,9 g%	11,5 - 16,0 g%
Plamatócitos	42,3 %	40 - 54 %	37 - 47 %
GM	30,0 u3	80 - 95 u3	80 - 98 u3
IL-6 GM	31,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
IFN- γ GM	34,0 %	31 - 35 %	31 - 35 %
CD45	13,6 %	11,6 ± 14,5 %	11,5 ± 14,5 %

Thierry Vermelhe

THE ISHANAS

Costos Fijos 7.500 Maiores de 13 años
€.000 a 10.000 Anni3

Velocitas	0	0	0	0
Isotermas cuadras	0	0	0 a 1	0 a 100
Gastonetas	0	0	0 a 5	0 a 500
Segmentadas	66	4950	40 a 70	1.500 a 7.320
Cosinófilos	4	300	0 a 5	0 a 500
Plastófilos	0	0	0 a 1	0 a 100
RESUMEN				
placas	25	1875	20 a 35	500 a 3.500
Arquitos	0	0	0	0

Aula 10 - Branca

CONTAGEM PLACUETAS

Resultado 205.000

Salario de Referencia: 50.000 a 50.000

References

Elenco AUTOMATIZZATO



C.C. 92/16

Paciente: EDIGLESON ALVES

Idade: 26 ANOS

Médico Requisitante: DR. GAUDENCIO M. DE S. FILHO

Data: 21/02/2018

Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Comanda: ---

COAGULOGRAAMA

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 16 seg.

T.P. Controle.....: 14 seg.

Ativizada.....: 85 %

Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 15,0 seg. A. Enzimática: 70 a 100% Método: QUICK

INR:

Resultado.....: 1,40

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

PROTEÍNA C-PROTEÍNA PARCIAL ATIVADO:

Resultado:

T.T.P.A Paciente.....: 34 seg.

T.T.P.A Controle.....: 30 seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Dr. Waldo Orleans Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRF-PB: 1054



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lindo ortopédico

Masli Cidleson

Alves Ambos 96

se acidentou em

ponto no dia 18/01/13

grande ferimento

osso da perna

comprido ferido

é ferimento

grau 2 - 6

comando:

P. 2013. R

Sign. Guy W. Araújo
CRM 1322 - CED 22346
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CMG 1061/20107710000

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22/01/2013
PROTOCOLO
AG. 1010 PESO

À

Líder Dos Consórcios do Seguro Dpvat.

Com cópias para:

SESEP – Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS – Conselho Nacional de Seguros privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vítima: Edicleison Alves Barbosa Sinistro: 3180236550

Prezados Senhores,

Na qualidade de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio desta solicitar o prosseguimento da análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

- Declaração do proprietário/condutor do veículo, pelo fato da ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.*

Motivo este que não justifica, uma vez que:

A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguaro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".

"§ 1º A Indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela lei 11.482, de 2007)."

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

"§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela lei nº 8.441, de 1992).



"Art. 11. A sociedade seguradora que inferir as disposições desta lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei N 73, de 21 de novembro de 1996, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúvidas acerca do acidente ocorrido, e que se a Seguradora tiver qualquer dúvida, que seja feita uma sindicância para verificar a veracidade dos documentos apresentados, uma vez que, o Seguro DPVAT trata-se de um Seguro de "cunho social", com o objetivo de amparar as vítimas e beneficiários que dele necessita. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação da indenização do seguro obrigatório Dpvat.

Atenciosamente,

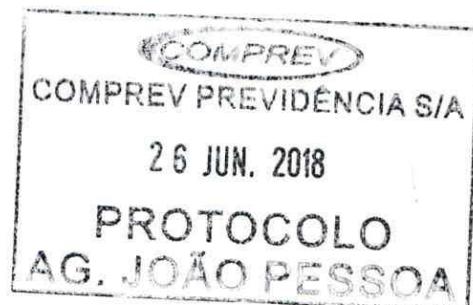
Local e data: Imaculada - PB; 25/ Junho / 2018

Ederson Alves Bachtosa

ASSINATURA

RG: 7.563.917

CPF: 093.429.064-43



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN-SP N° 8182850940	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	DATA	EXPIRAÇÃO
1	910265186	*****	2010
NOME: HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA			
SPFC/03479		DKJ7412	
PLACA/ANÚNCIO		CHASSIS	
DXJ7412/SP		9C2KC08107R112529	
<small>ESPECIE/USO: PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLICAVEL / GASOLINA</small>			
<small>MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS</small>		<small>ANO FAB: 2007 / ANO MOD: 2007</small>	
CAP/POSS.	CATEGORIA	COR PRINCIPAL	
2L/0149CC	PARTIC.	PRETA	
COTA UNICA	VEN. COTADINICA	VENC/COTAC	
I	*****	*****	
P	FAZER P/VA	PARCELAMENTO/CRITAS	
V	0028070	COD. MUV 368-B	
<small>PREÇO TOTAL PAGO: R\$ 1.000,00 / PREÇO TOTAL VENDA: R\$ 1.000,00 / DIA DE PAGAMENTO: 08/12/2007</small>			
<small>OBSEVAÇÕES:</small>			
SEM RESERVA*			
<small>ITUPEVA</small>		<small>ITUPEVA</small>	
<small>08/12/2014</small>		<small>08/12/2014</small>	
<small>2797/2797</small>		<small>2797/2797</small>	

PROTÓCOLO
 08/12/2014
 2797/2797
CONTRAN
 08/12/2014
 2797/2797
RECEBIDO
 08/12/2014
 2797/2797



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
**EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO**

Nascimento
28/10/1975

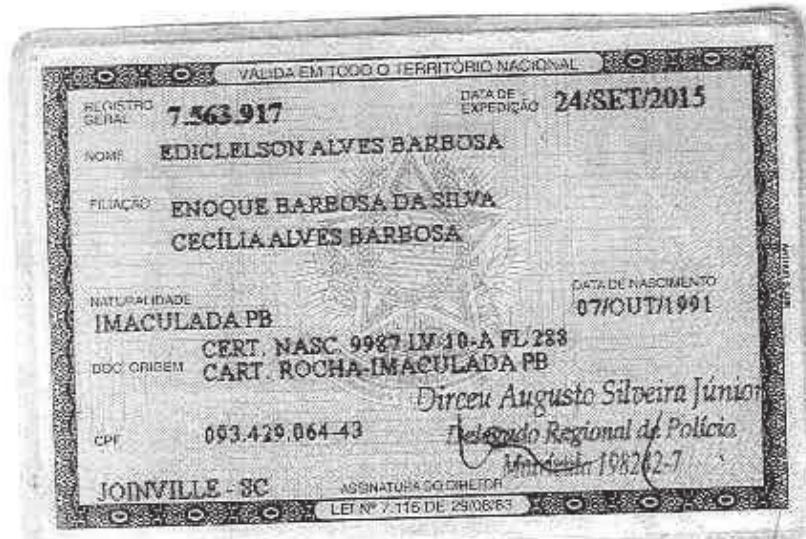
TÍTULO ELEITORAL **IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

Nome do eleitor
**EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA**

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975	INSCRIÇÃO 0461 3125 0833	ZONA 050	SOCIAL 0030
MUNICÍPIO DE TABIRA/PE	DATA DE EMISSÃO 15/05/2013		

[Handwritten signature over the form]





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson Alves Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.429.064/43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Edilson Alves Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.429.064/43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484	

Patos - PB . 11 de Maio de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Padua
Número da Fatura: 1309320532
114 Celular S.A.
Av Presidente Epitácio Pessoa, 3160 - Sl. 6-Jed Pess
CUIABÁ - Mato Grosso 05400005-00 - I.E: 16.148.635-0

DESTINATÁRIO



CTU RECIFE PE JPA/PE/01
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984208401
R TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
56704-460 - PATOS - PB



"TIM" é marca dos serviços de telecomunicações

REMESSA
ECONÔMICA

0512286883/2011-DR/BSB/EPN
CAIXA
CORREIOS

REMESSA
ECONÔMICA
22/01/2011
0512286883/2011-DR/BSB/EPN
CAIXA
CORREIOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 13

DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
12/2011	153	EDICLEZ SAI ALVES BARBOSA	26	MASC
LOCAL DA OCORRÊNCIA	CALLE 1000 E AVENIDA 1000			
APÓIO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> REGATE PRF	<input type="checkbox"/> MÉDICO REGULADOR
TIPO:	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEROS	<input type="checkbox"/> RECLUSO ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> SOCORRO PELO BOMBEIRO	<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> PEDIATRICO <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> AGRESÃO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO <input type="checkbox"/> DOENÇA NEFAL <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS <input type="checkbox"/> DROGA <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/> METROS <input type="checkbox"/> CONVULSÕES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> F. A. B <input type="checkbox"/> QUERIMÓDURAS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ANTERIOR <input type="checkbox"/> F. S. F (P. A. F.) <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> GINÁSTICO/OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS <input type="checkbox"/> SÓS TÉCNICAS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> DOENÇA/EFETO-CONTAGIOSA <input type="checkbox"/> OUTROS				
SERVIÇO MÉDICO:	Responsável: <i>Ediclez S. Barbosa</i> Função: <i>Médico</i>			
ATENDIMENTO / TRANSPORTE:	Principais sintomas: <i>Crise de cintura a dor no lado esquerdo</i> Função: <i>Transferência simples</i>			
ÁREA DIAGNÓSTICO:	<input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE			
OUTROS:				
OCORRÊNCIA / SEGUIMENTO / DESTINO	Responsável: <i>Ediclez S. Barbosa</i> Função: <i>Transferência simples</i>			
OCORRÊNCIA / PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS:				
SÍNOS VITais AIA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> xStopm <input type="checkbox"/> <Stopm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente/PÁS: <input type="checkbox"/> >90mm Hg PA: <i>132</i> x <i>80</i> FC: <i>93</i> FR: <i>16</i> TEMP: <i>36,5</i> °C - GLICEMIA: <i>mg/dl</i> E. Com a: <i>2</i> SatO2: <i>92</i>				
SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:				
1. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Ansiedade <input type="checkbox"/> Causação Adutativa Intracraniana Oftalmológica <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Confusão aguda <input type="checkbox"/> Desambiguação prejudicada Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias <input type="checkbox"/> Disfunção autônoma <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão Fase pressurizada <input type="checkbox"/> Integridade cutânea prejudicada <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inibição a atividade <input type="checkbox"/> Músculos orais prejudicados <input type="checkbox"/> Paralisia respiratória ineficaz Peritônia <input type="checkbox"/> Perístole Tisular Cardiopulmonar ineficaz <input type="checkbox"/> Perístole Tisular Gastrointestim ineficaz <input type="checkbox"/> Perístole tisular renal Perístole <input type="checkbox"/> Termoregulação ineficaz <input type="checkbox"/> Troca de Gases prejudicada <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos deficitários Síntoma Excessivo de Líquidos <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Pertenhada <input type="checkbox"/> Isoração social prejudicada <input type="checkbox"/> Incontinência Estatal <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Outros:				
2. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
3. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
4. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
5. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
6. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
7. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
8. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
9. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
10. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
11. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
12. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
13. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
14. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
15. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
16. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
17. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
18. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
19. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
20. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
21. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
22. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
23. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
24. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
25. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
26. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
27. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
28. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
29. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
30. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
31. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
32. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
33. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
34. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
35. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
36. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
37. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
38. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
39. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
40. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
41. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
42. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
43. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
44. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
45. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
46. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
47. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
48. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
49. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
50. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
51. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
52. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
53. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
54. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
55. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
56. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
57. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
58. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
59. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
60. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
61. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
62. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
63. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
64. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
65. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
66. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
67. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
68. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
69. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
70. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
71. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
72. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
73. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
74. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
75. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
76. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
77. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
78. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
79. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
80. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
81. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
82. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
83. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
84. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
85. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
86. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
87. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
88. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
89. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
90. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
91. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
92. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
93. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
94. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
95. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
96. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
97. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
98. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
99. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
100. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
101. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
102. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
103. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
104. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
105. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
106. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
107. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
108. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
109. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
110. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
111. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
112. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
113. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
114. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
115. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
116. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
117. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
118. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
119. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
120. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
121. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
122. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
123. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
124. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
125. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
126. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
127. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
128. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
129. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
130. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
131. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
132. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
133. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
134. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
135. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
136. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
137. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
138. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
139. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
140. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
141. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
142. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
143. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
144. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
145. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
146. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
147. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
148. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
149. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
150. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
151. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
152. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
153. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
154. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
155. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
156. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
157. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
158. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
159. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
160. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
161. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
162. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
163. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
164. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
165. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
166. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
167. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
168. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
169. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
170. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
171. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
172. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
173. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
174. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
175. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
176. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
177. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
178. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
179. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
180. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
181. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
182. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
183. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
184. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
185. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
186. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
187. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
188. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
189. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
190. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
191. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
192. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
193. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
194. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
195. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
196. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
197. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
198. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
199. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
200. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
201. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
202. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
203. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
204. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
205. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
206. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
207. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
208. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
209. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
210. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
211. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
212. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
213. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
214. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
215. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
216. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
217. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
218. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
219. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
220. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
221. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
222. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
223. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
224. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
225. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
226. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
227. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
228. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
229. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
230. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
231. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
232. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
233. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
234. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
235. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
236. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
237. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
238. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
239. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
240. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
241. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
242. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
243. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
244. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
245. SINTOMO DE ENFERMAGEM: Nenhum				
246. SINTOMO DE ENFERMAGEM: N				

ENOQUE BARBOSA DA SILVA
SIT SERRINHA, SIN-ÁREA RURAL
IMBULADA/PB CEP: 59145002 (AG: 13)



Emissão: 26/1/2018 Referência: 26/1/2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotina: 17-143-879-1160 N°medidor: 00001214701

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
S/230, Km 25 - Cidade Rezende - Jd. Pessoal - PB - CEP 56071-690
CNPJ 09.096.182/0001-40 - Ins. Est. 16.016.829-0

Nova Fiscal Conta de Energia Elétrica N°00120772
Cód. para Dbs. Automáticos: 00120858734

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	26/01/2018	27/02/2018	97945714404 rac. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1285873-4

Canal de contato

- Compartilhe sua energia com a gente também, nas redes sociais! Estamos presentes no facebook.com/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre à sua disposição!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
26/12/17	26/01/18	5841	58	29

CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Básico	Alm. - Km (R\$)	Base Taxa Métrica	Corretivo (R\$)	Imposto Total (R\$)	Outros (R\$)	ICMS	PIVA (corretivo)	II (corretivo)	IC (corretivo)	
0001	Consumo em kWh	58.000	0,14770	41,45	41,45	25	13,38	41,45	0,43	1,87				
0601	Adic. B. Vermelha	0,28	0,08	25	0,08	0,28	0,00	0,08	0,00	0,00				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS														
0801	CONTAS LUMIPUBLICA	0,44	0,04	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				

CC: Código de Classificação do item TOTAL 47,15 41,71 16,42 41,71 0,43 1,87

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 02/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 47,15

Histórico de Consumo (kWh)												
52	48	35	87	84	32	49	81	81	80	64	155	
Jan/17	Fev/17	Mar/17	Apr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Agosto/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	

2ab1 54a3.c780.9439 f962.1fe4.e434 0b0a.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Dimensão	Limites da NIEL	Apurado	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI/ANUAL	35,5	0,00	NOMINAL	220	
DI/ANUAL	61,65	0,00	CONTRATADA	15,07	27,72
FI/ANUAL	7,82	0,00	UNIDADE NIFERCR	1,76	3,81
FI/ANUAL	15,84	0,00	Serviço de Transmissão	3,08	6,43
FI/ANUAL	21,75	0,00	Encargos Sistêmicos	18,27	36,75
DMC	0,39	0,00	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
DCRI	18,80	0,00	Outras Serviços	0,00	
Total			Total	47,15	100,00
Valor do EJD/RI 11/2017 R\$ 16,96					

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPRAV. PREVISÃO/ANALISA
22.01.2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Edicelson Alves Barbosa

CPF da Vítima

093.429.064-43

Data do Acidente

18/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>emmanoela@hotmail.com.br</i>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Traculada PB, 11 de Maio de 2018

Local e Data

Edicelson Alves Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

