



Número: **0800577-15.2018.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDICLESON ALVES BARBOSA (AUTOR)	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31796 119	25/06/2020 12:49	<u>2728642_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

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

Pag. 00859/00860 - carta_05 - INVALIDEZ



00050430

Carta nº 13059391





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 ASI:

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	511	Complemento	Casa
Bairro	Araújo Rural	Cidade	Imaculada	Estado	PB
Email	emmanoela@hotmail.com.br	CEP	58745000	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9855-9484 (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"/> RECUZO 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 NRO. 0419 DIV. 00338971 CONTA NRO. 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. 35 DIV. 5 CONTA NRO. 5
(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 à Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Imaculada PB, 11 de Maio de 2018
Local e Data

Edicleison Alves Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624>
Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 3

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

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

DELEGACIA DE IMACULADA

Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58745-000.

CERTIDAO

FU. JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições, faz o pedido verbal do SR. EDICLEISON ALVES BARBOSA, que encontra-se inserido na página 423, do LIVRO DE OCORRÊNCIAS N° 06, o BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 035/2018, com conteúdo conforme a seguir:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 035/2013

ALVARO DE

DELEGACIA DE POLICIA

- DE -

Imaculatio - 23

DIA E HORA DA NOTÍCIA: DIA 26/MAR/2018, ÀS 10H17.

DATA DO FATO: DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2018, POR VOLTA DAS 13H45.

INCORRÉNCIA; EM VIA PÚBLICA, NA RODOVIA PB-306, NA ALTURA DO
TÁBORÉ, ZONA RURAL DE IMACULADA/PB.

CHANTE EDICLESON ALVES BARBOSA, conhecido por **KELSON**, brasileiro, Agricultor, natural de Imaculada/PB, 26 anos, nascido aos 07/OUT/1991, filho de **Edvaldo Barbosa da Silva e Cecília Alves Barbosa**, residente e domiciliada no sítio Serrinha, de Imaculada/PB RG nº 7.563.917 SSP/SC.

VEICULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, PRETA, ANO/MODELO 2007, PLACA BRJ-412 - SP, CHASSI Nº 9C2KC08107R112529, CÓDIGO RENAVAN Nº 27788186, LICENCIADA EM NOME DE HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA, COM
RG 42.086.431-024-73.

HISTÓRICO: Nesta Delegacia, sob a supervisão do Delegado JULIO FERREIRA DE LIMA
e na condição de notificante DECLAROU QUE, no dia, hora e local informados, o notificante, seguia
em direção à cidade de Imaculada/PB, quando, ao invadir a pista de rolamento, foi colhido por um
automóvel GM Corsa; QUE, com a colisão, o notificante teve fratura no fêmur da perna esquerda
e vários cortes e escoriações pelo corpo; QUE, na ocasião deste acidente o notificante foi
encaminhado para o Hospital Regional de Patos/PB, onde foi submetido a cirurgia e ficou
internado por doze dias; QUE, o notificante ainda encontra-se incapacitado para as suas
atividades laborais. Nada mais disse nem lhe foi perguntado. Declarações prestadas com base na
Lei nº 7.135 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS
LEIS CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO OCORRER ALGUMA
DIFERENÇA ENTRE O FATO ESTRITAMENTE À VERDADE (Lei nº 289 do CPC – FALSIDADE IDEOLÓGICA).

Collection Avis Barbas



Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
assindado em testemunho da verdade.

apresentado. En testamento
6.1.2018 pp. 21/05/2018 16:26:0

Patos-PB 21/03/2018 18:16:04
Djalma de Souza Santos - Labelimo Substituto FPPJ:58 0,47 ISS:R\$ 0,1

FBI/DOJ-0084944 ENDERS 2,37

O DIGITAL: AGV85184-9053

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 12:49:38

Número do documento: 20062512495851300000030485624

Núm. 31796119 - Pág. 4

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
1^ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DELEGACIA DE IMACULADA

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

Este ato é feito e assinado conforme, vai devidamente assinado pelo notificante e por mim, Agente da Investigação que o digitou.

Imaculada/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: Edilelessoz Alves Barreto.

JOSÉ ROMÃO COSTA NETO
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
MAT 456531-1

DELEGACIA DE POLICIA
- DE -
Imaculada - PB.

AQUILO QUE SE segue é:
COPIA AUTENTICA REGISTRO DE TITULO DE BEM MÓVEL
EXCEPCIONAL FONTE: TITULAR

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 21/05/2018 16:26:56
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2018-008495] EMIL:R\$ 2,37 FARPEM:R\$ 0,28 PEPO:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AGY85185-LSCC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22
MAY 2018
PROTÓCOLO
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.seguradoraslider.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 12878338



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**
Nº Sinistro: **3180236550**
Vitima: **EDICLELSON 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

Pag. 00257/00258 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 12879018

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: EDICLESON 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 %

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 Tílico 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 substabelecer 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

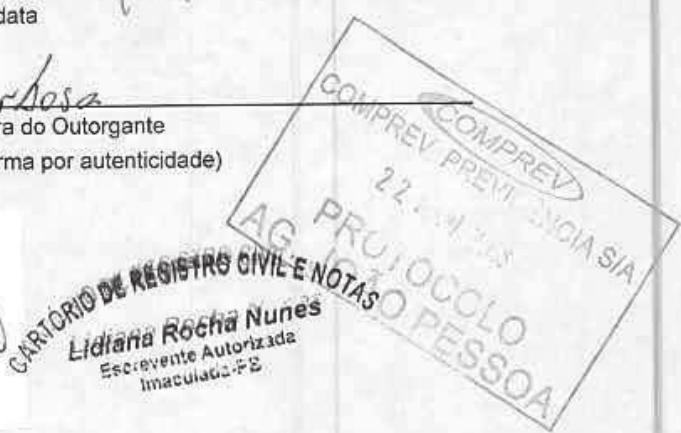
Dou fé. Imaculada/PB - 19/03/2018

Escrevente: LIDIANA ROCHA NUNES

Selo Digital:AGQ90764-G2DT

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

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





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARABIA (83)3423-2741

Prontuario: 99969
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA

Cod. Intern. 28734

Regulado: N

Paciente EDICLESON ALVES BARBOSA Idade: 26 Gênero HOMEM CIS
Filiação CECILIA ALVES BARBOSA

Endereço: ENQUÉ BARBOSA DA SILVA
Cidade: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707
Endereço: SITIO SERRINHA
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: IMACULADA - PB
Fone: (83)99626-5149

Documentos
CNS: 703-6010-7725-4338
Identidade:
CPF:
Razão Social:

— Informações adicionais —

Nascimento: 7/10/1991
Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Dra. Enilza Gomes Lima

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

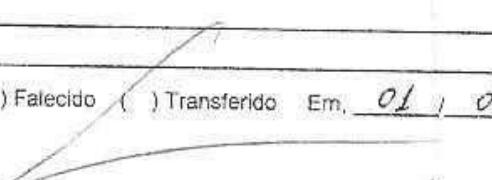
EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame das vias urinárias)

Mr + son + dyslexia
con ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Cu





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	ADICELSON ALVES BARBOSA	
DA CLÍNICA	ENFERMARIA	
A CLÍNICA <u>BUCOMAXILD</u>	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 glábelo, sendo submetido a sutura, apresenta fratura nasal alinhada, aguarda avaliação e condução pela ortopedia, para posterior realização pela Bucamaxild.		
 PATOIS - PG 18/02/18		
DATA:		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

PROTÓCOLO PROFISSIONAL
Dr. Alisson de Moraes Cavalcanti
Cirurgião Bico-Maxilo-Facial
CRM: 2630

22 MAIO 2018





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Edicleison Alves

DA CLÍNICA Cirurgia
A CLÍNICA privado

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

Fratura em ferme

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

1810218.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Foram feitas a

*Fratura aberta de ferme
no joelho e m t*

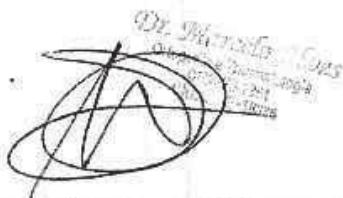
- (d = -) Tudo bem*
- Frac. fechada*
- Pre-operatório*
- So uso unha roca
para que a fraca é grande*



1810218.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



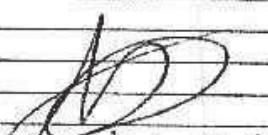
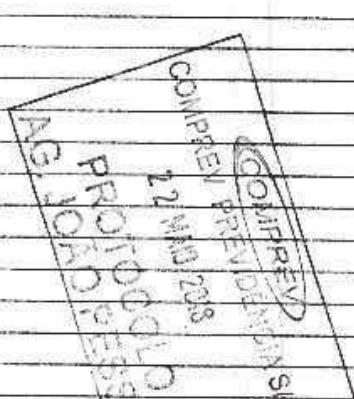


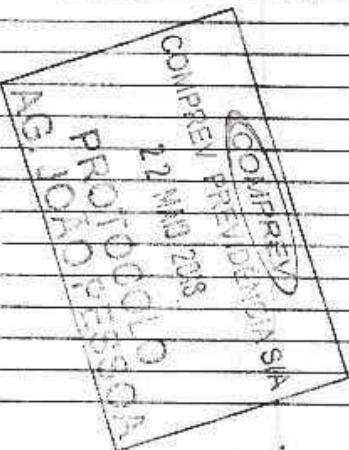
**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO**



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Edurlen . LEITO:
REG.: 999 69

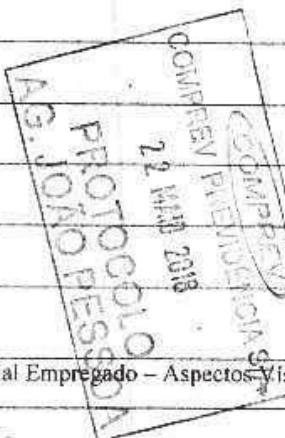
DATA	HORA
1/1/2019	Hont para si
	No se sabe a donde vaya o en que
	el vino.
	 +381
	





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edicleison P. Barboza</i>		Nº prontuário <i>99969</i>
Data da Cirurgia <i>18/02/19</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>M. Procópio Alves</i>	1º Auxiliar	
Anestesista <i>A. Gontijo</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré Operatório <i>Fractura diafisar de fêmur</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Perna de fratura esquerda em</i> <i>técnica</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>o</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

- Abordagem - DD/10 - Sol andar

- Artroscopia + colocação de cunha e

- Passagem a Fratura esquerda em fêmur nº 3, -

- Cunha

- Peso (4 kg)

7381



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE Edicelvan Alves Barbosa	LEITO: 405	CONVÉNIO: SUS	IDADE: 26	REGISTRO: 99969	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA: Halo esquelética, re	DATA: 01/09/2010	CIRURGIA: Dr. Marcelo Alves	ANESTESIA: Rogério MHD	ANESTESIA: Dr. Gutknecht	
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIM:		HOSPITAL REGIONAL DER. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionambutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogastrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Panrose
	Xilastesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina 2,2%		Espalhador
	Etodimideate		Xilocaina Gel
	Kefalar		Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lenexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Naz		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Esteril
	Diazepam		Aguilha descartável
	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
	Cefalectina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Reque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22		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		

COMPROVANTE
SUELIO MOREIRA TORRES

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital:		Enfermaria	Leito	Nº Pronto-Sala
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: EDERSON ALVES		Idade: 26 Sexo: M C.R.: 05969
Sexo	Pulsos Arteriais-Pulco: 120X80	Respiração: 18/Min	Temperatura: 37,5°C	Peso: _____ Altura: _____
Tipo Sanguíneo		Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematocrito: _____
		Glicemia: _____	Ureia: _____	Outros: _____
		Urina: _____		
Ao Respiratório				Asteia: _____ Bronquite: _____
Ao Circulatório				Eletrocardiograma: _____
Ao Digestivo		Dentes: _____	Passoço: _____	As. Urinário: _____
Estado Mental		Ataxicos: _____	Corticoides: _____	Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré-Operatório:		Fratura do Fémur ()		Estado Físico: _____ Risco: _____
Anestesia Anteriores				
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada à: _____	Efeitos: _____	
P.V. ARTERIAL PULCO: 02		23.00 23.30		
Líquido				
Símbolos e Anotações		B - OCAINA ASTA-10mg		
Posição				
Agentes				Cancil: _____
Técnica		MANIAMENTO		
Operação				
Gêneros		MANEJO AVIS		
Anestesióticos		ORTANOG 1600MG-MA / enm 837		
Observações				
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				

INDUÇÃO

Satisf. _____ Excit. _____ Tosses: _____
 Laringo Espasmo: _____ Lenta: _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

MANTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim: _____ Não: _____
 Não, porquê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____
 Obst. CO2: _____ Excit. _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

Com cianose: _____
 para o leito: sim: _____ não: _____

CONDICÕES

Cancil: _____

*AC. PROTOCOLO 22/06/2020
CONSISTÊNCIA*





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Edicleison Alves Barbosa

DA CLÍNICA

Cirurgica
A CLÍNICA Cardiologia

ENFERMARIA

qº

LEITO

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

PARECER:

26 anos

Princ. fisiologia NIBT

Sint: NDN

Mov: NDN

Alergias: Ndes

Anam. RCP-IT.

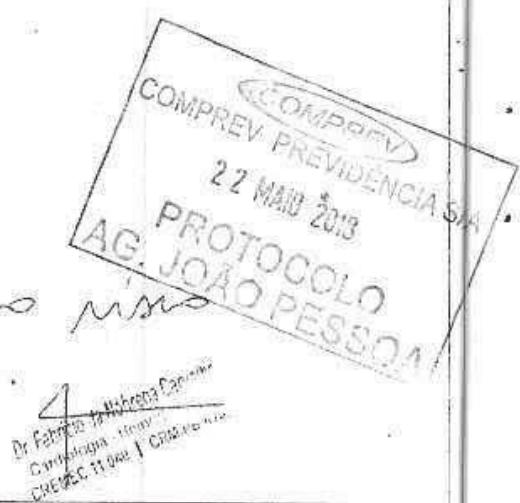
Eco: Normal

Conclusões: Barts nro

21/02/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	Edi Clison Douglas Barreto		Nº prontuário 99969
Data da Cirurgia	27/02/18	Enf.	Leito
Cirurgião	D. SOS Sussano	1º Auxiliar	D. Marcos Souto
Anestesista	D. Augusta Junes	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura patela femur (c)		
Tipo de Cirurgia	Osteossíntese fêmur (c)		
Diagnóstico Pós Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

COMPROV. PREVIDENCIAS
22 MAIO 2018
PROTÓCOLO
6G JUÍZO PESSOA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

1) Pac. com, sos gfrte anestesia
2) expsio + localizao Carlos Lumbago
3) incisao medial coxa (c) + pecten by Power
4) Remo o fios + fixos qd fiso e patella
5) limpos qd fiso + sutura + enxerto

João H. Sussano Laureano
Ortopedista e Traumatologista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Edicleusa s/nº Barboza</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
27 NSC	LEITO DG	CONVÉNIO SUS	IDADE 26	REGISTRO 99969	
CIRURGIA TTO cirurgia fêmur (E)		CIRURGÃO João e Marcelo			
ANESTESIA Foguini		ANESTESISTA Augusto		HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
INSTRUMENTADORA Welvane		DATA 27/02/18		INÍCIO 16:30	FIM

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		Lâmina de Bisturi
1	TX Monitor Cardio-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
1	TX Sala	1	Seringa 6 ml
	TX Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionenbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	x	Espadrapo
	Etodimida	x	Xilocaina Gel
	Ketalar	x	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	c	PVPI Tintura
1	Dimorf	x	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Naracín		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenallina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cetofolina 19g <i>Opção: Cetofolina 25g</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 300mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Ablocate 20 e 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	-nylon 2-

*COMPRA PREVIA
32 MAY 2018
PROTOCOLO
PESSOAS*

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

	Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Promotor
FOLHA DE ANESTESIA	Nome: Gólio L. B. L.	Idade: 26	Sexo: M	Cir.
Data: 07/06/2010	Pesagem:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo: Hematós. Hemoglobín.	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:				
Ap. Respiratório:		Asma Bronquite		
Ap. Circulatório:		Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo:		Deixes:	Prescoço:	Ap. Urinário:
História Mental:		Ataraxicos:	Corticoides:	Allergia Hipotensores:
Oftalmológico Pós-Operatório:		Estado Físico: Risco		
Anestesia Anteriores:				
Medicação Pré-Anestésica: 16/05/95 17/05/00		Aplicação:	Efeito:	
Agentes Anestésicos: 02	INDUÇÃO			
Liquidoo:	Saliva Excitação Tosses			
Laringo Espasmo Lento				
Náuseas Vômitos				
Outros:				
MANUTENÇÃO: 16/05/95 17/05/00				
Anestesia Sust. Sim Não Não responde				
DESPERTAR				
Reflexos na SO				
Obstr. CO ₂ Excitação				
Náuseas Vômitos				
Outros:				
Com cânula para o leito sim não				
CONDIÇÕES				
Cânula				
Símbolos e Anotações:				
Posição:				
Agentes:	hex 20% Bup 0,5% et. drif			
Técnica:	D			
Operador:	Dr. L. L. O. L.			
Situação:	D. Magist. Dr. Suzan			
Anestesistas:	D.			
Observações:				
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				
COMPREV PREVIDÊNCIA S/P 22 MAI 2013				
PROTÓCOLO AG. IDADE PESSOA				

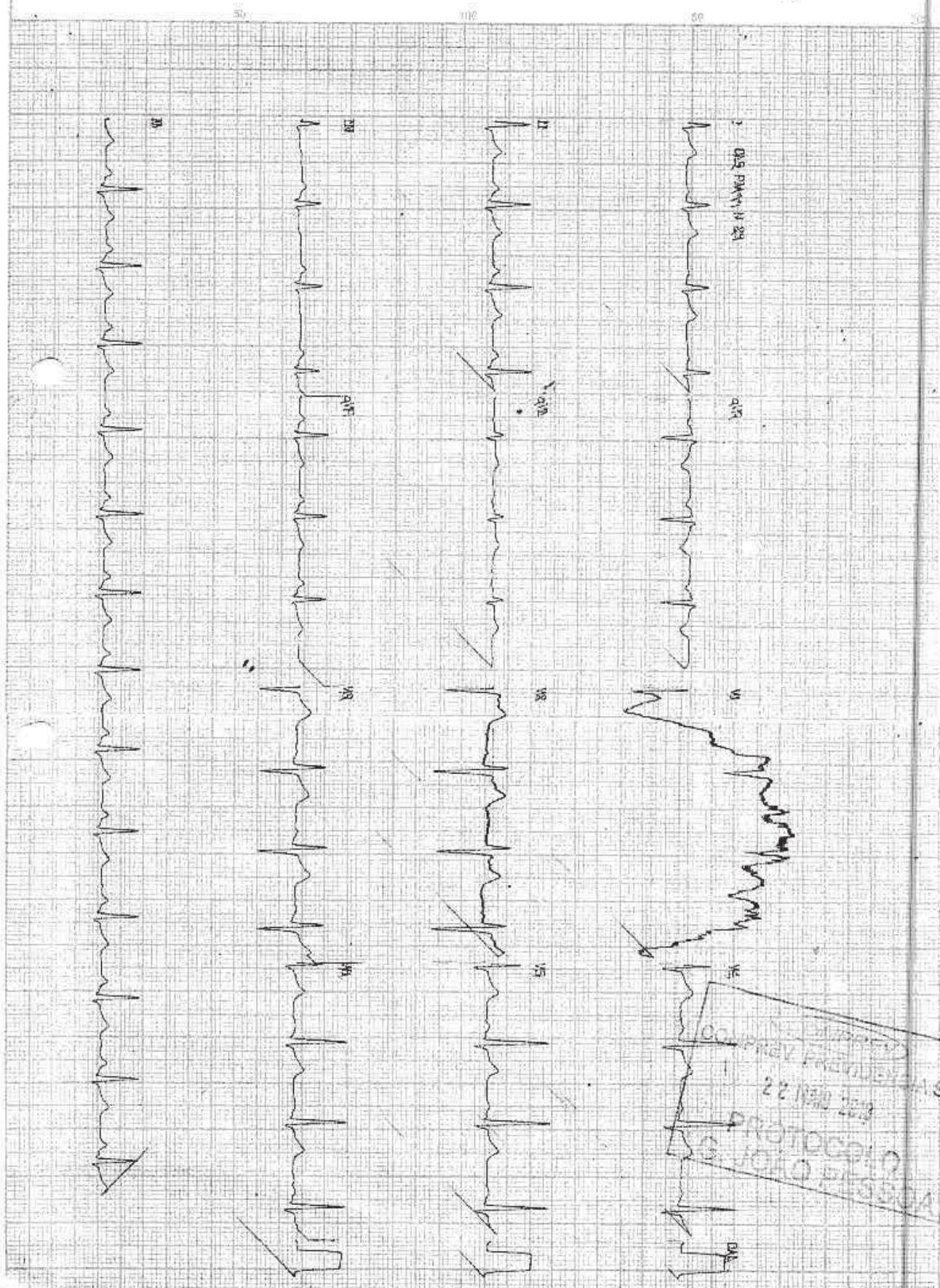


26. avg

18 02 2013

22: 35

Flavord -





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Enzimas Cardíacas
- Imunologia
- Micologia
- Teste do Pezinho
- Testes Alérgicos
- Líquidos Corporais
- Hematologia
- Urianalise
- Pesquisas de BAAR
- Bioquímica
- Parasitologia

Paciente: EDIGLESON ALVES
Médico Requisitante: DR. GAUDENCIO M. DE S. FILHO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 26 ANOS
Data: 21/02/2018
Comanda: ---

GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro
modo: 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. Welto Odair Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRF-PB: 1854

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 99131408 e 34215469



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

Paciente: EDIGLESON ALVES Nascimento: 07/10/1991 Idade: 26 Sexo: M
 Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 19840 Protocolo: 43601
 Setorono: INTERNO Data: 21/02/2018 09:24:37
 Unidade: CLIN CIRURGICA Leito: 9/06

HEMATOLOGIA

PROGRAMA:

Material: SANGUE
 Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

	Unidade	Referência	Masculino > 13 anos	Feminino > 13 anos
Hematídeo	4.770.000 /mm3	4.4 - 6.1 milhões/mm3	4.3 - 5.4 milhões/mm3	
Hemoglobina	4.5 g%	13.5 - 15.0 g%	11.5 - 13.0 g%	
Hematócrita	42.3 %	40 - 54 %	37 - 47 %	
W.M.	30.0 u3	80 - 95 u3	80 - 98 u3	
ALC.M.	31.0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg	
CHCM	34.0 %	31 - 36 %	31 - 36 %	
PLV.	3.6 %	11.5 ± 14.5 %	11.5 ± 14.5 %	

Leitura: Série Vermelha

SÉRIE BRANCA

	Unidade	Referência	Maiores de 13 anos
Leucócitos Totais	7.500	4.000 a 10.000/mm3	
Núcleos	0	0	0
Neutrófilos	0	0 a 1	0 a 100
Eosinófilos	0	0 a 5	0 a 500
Basófilos	66	4950	40 a 73
Monócitos	4	300	0 a 5
Linfócitos	0	0 a 1	0 a 500
Insetos	25	1875	20 a 35
Amostra	0	0	800 a 3.500
Antígenos	5	375	2 a 10

Leitura: Série Branca

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 206.000
 Valores de Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia:
 Método: AUTOMATIZADO





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Enzimas Cardíacas
- Imunologia
- Micologia
- Teste do Pezinho
- Testes Alérgicos
- Líquidos Corporais
- Hematologia
- Urianalise
- Pesquisas de BAAR
- Bioquímica
- Parasitologia

C.C. 90/16

Paciente: EDIGELSON ALVES

Idade: 26 ANOS

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

Data: 21/02/2018

Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Comanda: ---

COAGULOGRAMA

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

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

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

Atividade.....: 85 %

Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 15,0 sec. 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

THROMBOPLASTINA 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 a qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

05/02/2018
PREV PNEUMONIA
22 TAB 2018
PROTÓCOLO
DE PROSSO

Dr. Wald-Orgeira Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 | CRF-PB: 1054

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 99131408 e 34216469



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624>
Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 24



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



LNUEDO ORTOPÉDICO

Mauri CICLESON
ALVÉI BAMBAST que
se acidentou em
moto no dia 18/02/13

Fractura
osso da perna
esquerda feita
a ferroviaria
gumeio - b
concreto.

SUELIO GUY W. Araújo
CRM 1372 / CR 223748
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
0800 206738 / 07710000

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

CHAMPAPEV
COMPRESV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. 1010 PESQ/CA



A

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:

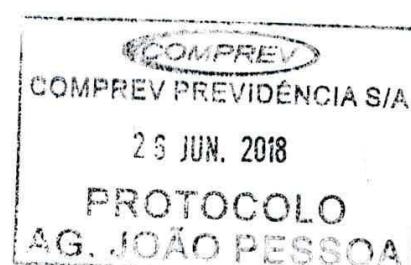
A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"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 resseguro, 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)."

Dianete do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidencias 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,

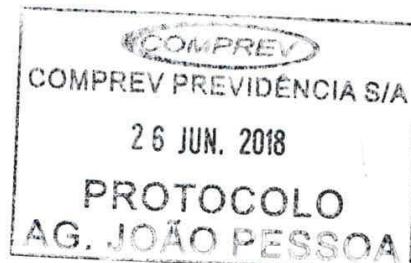
Local e data: Imaculada - PB; 25 / Junho / 2018

Eduelson Torres Backosa

ASSINATURA

RG: 7.563.917

CPF: 093.429.064-43



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - SP N° 8188850940	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA:	CONTRIBUINTE:
1 / 910265185	*****
PERÍODO: EXERCÍCIO: 2010	
NOME: HENDERSON CAVALCANTE DE SOUSA	
PLACA ANTIGA:	PLACA NOVA:
08543103479	DXJ7412
PLACA ANTIGA:	CHASSIS:
DXJ7412/SP	9C2RC08107R112529
ESPECIE: FABRICADO / NÃO APPLICAVEL / GASOLINA	
MARCA / MODELO:	ANO FAB.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2007
CAPACIDADE:	ANO MOD.
2L/0149CC	2007
CATEGORIA:	COR PREV. JAHNANTE
PARTIC.	PRETA
COTADINICA: VEND. COTADINICA: VEND. COTADINICA:	
IPVA:	PARCELAMENTO: QTD. PAG.: 360
0020070	3
PROMOÇÃO: PAGO: DESPESAS:	
SEM RESERVA:	
TITULAR: INSCRIÇÃO: DATA: INSCRIÇÃO: DATA:	
TIUPEVA	
08/12/2011	
2797/2797	
DETAN - SP N° 8188850940	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA:	CONTRIBUINTE:
1 / 910265185	*****
NOME: HENDERSON CAVALCANTE DE SOUSA	
ROD MARIO TONOLI	8003
SA 9	13295
PLACA ANTIGA:	PLACA NOVA:
08543103479	DXJ7412
ESPECIE: FABRICADO / NÃO APPLICAVEL / GASOLINA	
MARCA / MODELO:	ANO FAB.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2007
CAPACIDADE:	ANO MOD.
2L/0149CC	2007
CATEGORIA:	COR PREV. JAHNANTE
PARTIC.	PRETA
COTADINICA: VEND. COTADINICA: VEND. COTADINICA:	
IPVA:	PARCELAMENTO: QTD. PAG.: 360
0020070	3
PROMOÇÃO: PAGO: DESPESAS:	
SEM RESERVA:	
TITULAR: INSCRIÇÃO: DATA: INSCRIÇÃO: DATA:	
TIUPEVA	
08/12/2011	
2797/2797	





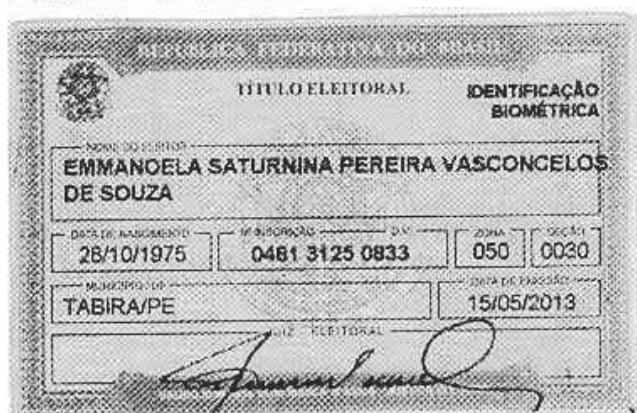
Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

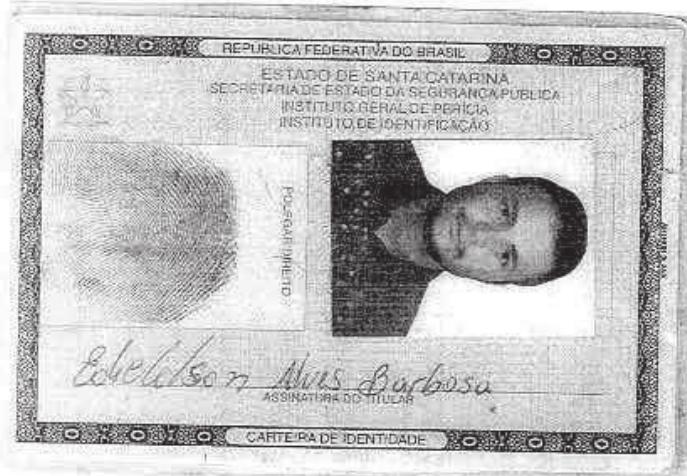
Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624>
Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624
Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 30



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084-01 / 01,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Educlison Alves Barbosa, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 093.429.064-43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Educlison 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
RUA TITICO GOMES	405	Casa
Bairro BELA VISTA	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-8484

Patos - PB, 11 de Maior de 2018
Local e Data

Edu
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 12:49:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624>
Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 32



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

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 13

ENOQUE BARBOSA DA SILVA
SIT SERRINHA, SIN - ÁREA RURAL
INSCRIÇÃO/PF CEP: 58145000 (AG. 133)



ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

S/230 Km26 - Cidade Recreio - Jati - PB 58145-196 - CEP 58071-800

CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16/018290-0

Emissão: 26/01/2018 Referência: Jan/2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Ribeiro: 17 - 143 - 873 - 1188 Número de leitura: 0000:214731

Nova Fazal/Conta de Energia Elétrica N°00: 357.772

Cód. para DB: Automático: 0001288734

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 o mundo também nas redes sociais! Estamos presentes no Facebook, com o nome Energisa e no Twitter (@Energisa), sempre com o nosso lado forte. Queremos estar sempre mais próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/12/17 Litura: 5483	Data: 26/01/18 Litura: 5541	1	58	29
Demonstrativo				
CÓD. Descrição Quantidade Unidad. Valor Unitário Arv. Último Pgto. Bem/ser. Pgto. Pág. Cód. Pág.				
001. Consumo em kWh	58.000,00 14770	41,45 41,45 25 10,38 41,45 0,43 1,87		
0601. Adm. B. Vermelha		0,28 0,16 25 0,08 0,28 0,00 0,01		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
LBDT CONTRIBUÍM PÚBLICA	5,44	0,01 0 0,00 0,00 0,00		

CCO: Código de Classificação do Bem TOTAL 47,15 41,71 10,42 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 | 85 | 87 | 84 | 92 | 48 | 60 | 6 | 80 | 84 | 55
Jane17 Fev17 Mar17 Abr17 Ma17 Jun17 Jul17 Ago17 Sep17 Out17 Nov17 Dez17

Zab1.54a3.c780.9439 f962.1fe4.e434 0b0a.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Intervalo	Limites da NEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIANTRAL	25,52	0,00	NO/NAU	serviços de DB de Energia/FB	11,05 29,43
DO TRIMESTRAL	61,05			Consumo de Energia	12,07 27,72
DO ANUAL	7,82	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	1,70 3,61
FGANTRAL	15,64		LIMITE INFERIOR	Encargos Setoriais	3,08 8,43
FIC TRIMESTRAL	21,25	0,00	LIMITE SUPERIOR	Impostos Direta e Encargos	10,27 36,75
FGANUAL	8,89			Outros Serviços	0,00 0,00
DNCI	16,20			Total	47,15 100,00

Valeco BUSD/RH 11/2017 R\$ 16,96

ATENÇÃO Naturas em aberto

COMPREV. PRESTADORIA SIA
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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 Dudilson 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: <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>	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

COMPREV	PROTÓCOLO	AG. JOÃO PESSOA
22 MAI 2018		

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

