



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	
EDICLELSON 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	2728642_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDICLELSON ALVES BARBOSA

Nº Sinistro 3180236550
Vítima: EDICLELSON 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),

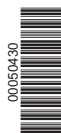
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180236550**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **18/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização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



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 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	<u>Edicleison Alves Barbosa</u>		CPF titular da conta	<u>093.429.064-43</u>	Profissão	<u>Agricultor</u>	
Endereço	<u>R. S. Serrinha</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Área Rural</u>	Cidade	<u>Imaculada</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58745000</u>
Email	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>						
Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (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

☒ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0419 D/V. ☐ CONTA NRO. 00338971 D/V. 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO. 00338971
AGÊNCIA NRO. 0419 D/V. ☐ CONTA NRO. 00338971 D/V. 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 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

Edicleison Alves Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA

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/PB, 58.745-000.

CERTIDÃO

FIL JOSE ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições, em atendimento ao pedido verbal do SR. EDICLELSON ALVES BARBOSA, que encontra-se registrado 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° 035/2018

(LIVRO DE)

DELEGACIA DE POLÍCIA

- DE -

Imaculada - PB

DIA E HORA DA NOTICIA: DIA 26/MAR/2018, ÀS 10h17.

TÍTULO DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA DO FATO: DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2018, POR VOLTA DAS 19H45.

LOCAL DA Ocorrência: EM VIA PÚBLICA, NA RODOVIA PB-306, NA ALTURA DO SÍTIO CABORÉ, ZONA RURAL DE IMACULADA/PB.

NOTIFICANTE: EDICLELSON ALVES BARBOSA, conhecido por KELSON, brasileiro, solteiro, Agricultor, natural de Imaculada/PB, 26 anos, nascido aos 07/OUT/1991, filho de Adriana Barbosa da Silva e Cecilia Alves Barbosa, residente e domiciliada no sítio Serrinha, 100m da imaculada/PB, RG n° 7.563.917 SSP/SC.

VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, PRETA, ANO/MODELO 2007, MOTOR BAJA 1412 - SP, CHASSI N° 9C2KC08107R112529, CÓDIGO RENAVAN N° 27-000189, LICENCIADA EM NOME DE HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA, COM IPVA N° 585.431.034-73.

HISTÓRICO: Nesta Delegacia, sob a supervisão do Delegado JULIO FERREIRA DE LIMA, o notificante DECLAROU QUE, no dia, hora e local informados, o notificante, seguiu em uma condução do veículo acima descrito pela estrada do sítio Caboré, seguindo em direção à cidade de Imaculada/PB, quando, ao invadir a pista de rolamento, foi colhido por um veículo GM Corsa; QUE, com a colisão, o notificante teve fratura no fêmur da perna esquerda e outros cortes e escoriações pelo corpo; QUE, na ocasião deste acidente o notificante foi socorrido 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 n° 136 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS ATIVIDADES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS À QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O QUANDO AQUI FOR PRECISADO NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE (art. 299 do CPB - FALSIDADE IDEOLÓGICA).

x Ediclelson Alves Barbosa

ALDO MOREIRA TORRES
PROCURADOR GERAL DO ESTADO DA PARAIBA
PROCURADOR GERAL DO ESTADO DA PARAIBA

João Carlos César - Adilson Soares Xavier Bastos
Tutor - Substituto

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 21/05/2018 16:26:04
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
118-000491 ENCL: 2, 3, 7 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 0,47 ISS: R\$ 0,12
O DIGITAL: AGY85184-8053
nfira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

3º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS
FONE: (83) 3421-3438
FAX: (83) 3421-8630
ALDO MOREIRA TORRES



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

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

DELEGACIA DE IMACULADA

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

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

Imaculada/PB, 26 de MARÇO de 2018.

NOTIFICANTE: *Edieleison Alves Barbosa*

[Assinatura]
JOSE ROBERTO COSTA NETO
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
MAT. 158.531-1



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
1ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
Imaculada - PB

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) EPAL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AGY85185-LSZC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180236550**

Vítima: **EDICLELSON 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

Carta nº 12878838

Pag. 00465/00466 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDICLELSON ALVES BARBOSA

Nº Sinistro: 3180236550
Vítima: 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

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

Pag. 00257/00258 - carta_03 - INVALIDEZ



00070129

Carta nº 12879018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180236550 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDICLELSON ALVES BARBOSA **Data do acidente:** 18/02/2018 **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 Titico 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)

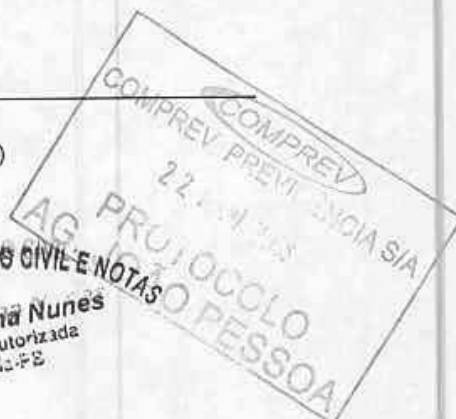
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Antº Caetano, S/N, Centro, Imaculada - PB

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

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



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

Cód. Intern. 28734

Data/Hora 18/2/2018 22:22:56

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

Regulado: N

Servidor do Dr.:

Paciente EDICLELSON 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 - 2508707
Endereço: SÍTIO SERRINHA
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: IMACULADA - PB
Fone: (83)99626-5149

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:

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

Part - útero e anexos normais
sem - coar - (E)

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

Ar + rdx + dysrhythmia
coar - (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Fratura de osso a pé (E)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: ISRAEL





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: ADICLELSON ALVES BARBOSA

DA CLÍNICA _____ ENFERMARIA _____
A CLÍNICA BUCOMAXIL 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
E CONDUZIDA PELA ORTOPEDIA, PARA POSTERIOR
REALIZAÇÃO PELA BUCOMAXIL.

PATOS - PB

18/02/18

DATA

Dr. Allon de Moraes Cavalcanti
Cirurgião Bico-Maxilo-Facial
C.R.O. 2530

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

COMPREV PREVIDENCIARIA S/A
22 JUN 2018
PROTOCOLADO
AG. 1000 PROFESSOR





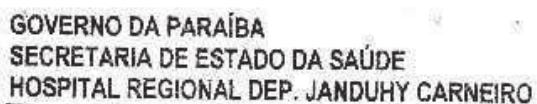
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Edicleide Alves</u>	
DA CLÍNICA <u>C. Geral</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>Prótese</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>fratura em fêmur</u> (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>18/02/20</u> DATA	<u>Sonally Santos</u> Cirurgiã de cabeça e pescoço CRM 7164/PA ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Dont poder</u> <u>Tratado através de fix</u> <u>nos gnr e a mt</u> <u>Id = - 5 - Tendo bem</u> <u>- Tração regular</u> <u>- Pré - o perônio</u> <u>- So udo umgu</u> <u>maneira de tração e gnr</u>	
<u>18/2/20</u> DATA	<u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



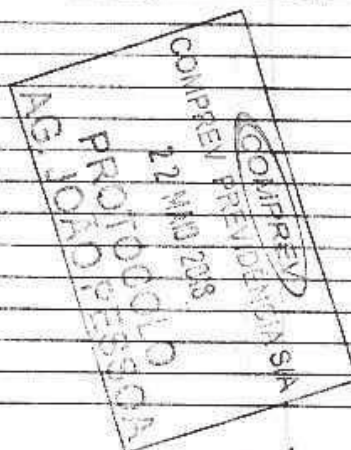


PACIENTE: Edelberto

LEITO:
REG.: 999 69

DATA	HORA
07/02/19	
<u>Bontadini H.</u>	
Mr. Substituted - Falcão argued in intervention. <u>Celso VPA.</u>	
+381	

COPIREY
COMPLETAR PREVIDENCIA SIA
12 MAR 2019
PROTOCÓLO
AG-1000-PESQ





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edicleton P. Barbo</u>		Nº prontuário: <u>99969</u>
Data da Cirurgia: <u>18/02/19</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>R. Maciel Jr.</u>	1º Auxiliar:	
Anestesista: <u>R. Coutinho</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fratura simples de fêmur</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>amputação de fêmur esquerda a nível da tíbia</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>sem</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<u>M - D17/13 - Sob anestesia</u>
<u>Amputação de fêmur esquerda a nível da tíbia</u>
<u>Passagem de tração esquelética no fêmur no 3, 0</u>
<u>curativo</u>
<u>Drenagem (4kg)</u>

(Handwritten signature)

7382



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: <u>Edicleide da Silva Barbosa</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
DI.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>440</u>	<u>26</u>	<u>99969</u>	
CIRURGIÃO: <u>Traci esquivelina me</u>		COORDEADOR: <u>Dr. Manoel Alves</u>			
ANESTESIA: <u>Raqui</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Gutemberg</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>L</u>		DATA: <u>8.07.18</u>	INÍCIO: <u>13:30</u>	FIM:	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	11	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	12	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilastésin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparradrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	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
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		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
	Abbocate 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		





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDÚHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade	Sexo
2012-07-20		GOLLEWSON ALVES		26	M
Pressão Arterial: Pulso	120x80	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipos Sanguíneos	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina					
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Anteriores	Corticoides	Alergia	Hipertensão
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anteriores					
Verificação Pré-Anestésica		Aplicada em	Efeito		
23:00 23:30					
A. J. sites		INDUÇÃO			
02		Satisf. Excit. Tosses			
Líquido		Laringo Espasmo Lenta			
		Náuseas Vômitos			
		Outros			
CÓDIGO		MANUTENÇÃO			
P.V. ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO		Anestesia Satisf. Sim Não			
V.Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO		Não, porque?			
280		DESPERTAR			
240		Reflexos na SO			
220		Obstr. CO2 Excit.			
200		Náuseas Vômitos			
180		Outros			
160		Com câmbio			
140		para o leito sim não			
120		CONDIÇÕES			
100					
80					
60					
40					
20					
Símbolos e Anotações		Câmbio			
Posição					
Agentes					
Técnica		MARQUIANESTESIA			
Operação					
Cirurgião		MARCELO ALVES			
Anestesiologista		GUTENBERG GOMES MA / PM 8317			
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					



REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Edicleison Alves Barbosa

DA CLÍNICA Cirurgia ENFERMARIA 9º
A CLÍNICA cardiologia LEITO 06

MOTIVO DA CONSULTA: _____
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

21.02.18 DATA _____ ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE _____

RECER:

26 anos
Primp. fratura MIB
AUP: NDN
MCO: NDN
AUXÍL: 06es
Aov. ROR-21.
ECG: Normal
Conduras: Bando niss
21/02/18

COMPREV
COMPREV
22 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Fabrício da Mota Barbosa
Cardiologia - Internista
CREDEC 11.046 / CRM 10.000

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Eduilson Alves Borges</u>		Nº prontuário: <u>99969</u>
Data da Cirurgia: <u>27/02/08</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>A. José Soares</u>	1º Auxiliar: <u>A. Marcos Santos</u>	
Anestesiologista: <u>A. Augusta Lima</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura proximal fêmur (C)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Osteossíntese fêmur (C)</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>O MEIO</u>		
Relatório imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- ① Port alta, sob GA e anestesia
- ② inspeção + colocação Carlos Limburgue
- ③ Incisão foveolares coxal (C) + acesso ao fêmur
- ④ Redução do fratura + fixação com placa e parafusos
- ⑤ Limpeza do SFD, SUT + SUT + limpeza

João H. Sussana Laureano
Ortopedia e Traumatologia



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
PACIENTE: Edicleide da Silva Barbosa					
2º NSC	LEITO: 06	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 26	REGISTRO: 99969	
CIRURGIÃO: TIO cirurgia fêmea		CIRURGIÃO: João e Marcelo			
ANESTESIA: Rogui		ANESTESISTA: Augusto			
POSTURAMENTADORA: L. D. L.	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	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	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	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
1	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilastesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha 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
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g		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
	Tilzif		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocote 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	1	nylon 2.0

COMPREV PREVIDENCIA
22 MAR 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermagem	Leito	Nº Prontuário	
Nome: <u>Edelmar B. L.</u>		Idade: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>		
Pressão Arterial Pulso: <u>110/70</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Tipo Sanguíneo	Herniás	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria	
Outros		Urina				
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite		
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma				
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário		
Estado Mental	Analgésicos	Corticóides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico Pré-Operatório	Estado Físico		Risco			
Anestésia Anteriores						
Medicação Pré-Anestésica		Aplicação de	Efeito			
14/15 95 170/15 30						
Agente Anestésico	02					
Líquido						
CO2						
PV. ARTERIAL PULSO. RESPIRAÇÃO						
V.2. ANESTESIA. OPERAÇÃO						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						
40						
20						
Símbolos e Anotações						
Posição						
Agentes	<u>Luiz Carlos B. P. O. R. L. D. S. L.</u>					
Técnica	<u>Reg.</u>					
Operação	<u>Reg. L. P. O. R. L.</u>					
Grupos	<u>D. W. L. P. J. W. S. L.</u>					
Anestésia	<u>D.</u>					
Observações						
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias						

INDUÇÃO

Satur. _____ Excit. _____ Tosee _____

Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

MANUTENÇÃO

Luiz Carlos B. P. O. R. L. D. S. L.

Reg. L. P. O. R. L.

D. W. L. P. J. W. S. L.

Anestésia Satur. Sim _____ Não _____

Não, porque _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula para o leito sim _____ não _____

CONDIÇÕES

Cânula _____

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA SIP

22 MAR 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



26. avo

18 02 2018

22:55

F. M. V. C. S.



COMP. PREV. FRENTEIRA S/A
22 MAR 2018
PROTOCOLADO
S. JOAO PESSOA





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

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

Paciente: EDIGLELSON ALVES

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

Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 26 ANOS

Data: 21/02/2018

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

10,0 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. Walt-Osório Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRP-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 SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: EDIGLELSON ALVES Nascimento 07/10/1991 Idade: 26 Sexo: M
Médico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 19640 Protocolo: 43601
Laboratório: INTERNO 21/02/2018 08:24:37
Especialidade: CLIN CIRURGICA Leito: 9/06

HEMATOLOGIA

MOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 5.1 milhões/mm ³	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Eritrócitos	4.770.000 /mm ³		
Hemoglobina	4,5 g%	13,5 - 16,0 g%	11,5 - 15,0 g%
Hematócrito	42,3 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.	90,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.	11,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
H.C.M.C.	34,0 %	31 - 35 %	31 - 35 %
D.W.	3,6 %	1,6 - 14,5 %	11,5 - 14,5 %

Reserva Série Vermelha

SÉRIE BRANCA

		Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos Totais	7.500	
Neutrófilos	0	0
Linfócitos	0	0 a 100
Eosinófilos	0	0 a 5
Monócitos	0	0 a 500
Basófilos	0	0 a 1
Plaquetas		
Tipais	25	1875
Atípicas	0	0
Primitivas	8	375

Reserva Série Branca

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 208.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

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

C.C. 92/6

Paciente: EDIGLELSON ALVES
Médico Requirante: DR. GAUDENCIO M. DE S. FILHO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 26 ANOS
Data: 21/02/2018
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 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

PROBOMBOPLASTINA 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.

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAR 2018
PROTOCOLO
13.10.10 PESSOA

Dr. Wald-Orlando Soares Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRP-PB: 1954

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



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



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



LIVRO ORTOPEDIA

Marli EDICLISON

ALVES BARBOSA que

se acidentou com
um carro no dia 18/02/13

quase FRATURAS

OSSE DA PERNA

ESQUERDA FORTI

A FRATURA A

QUINTO - 6

COMO NUNCA

22/04/19

Silvio Guy W. Araújo
CRM 1325 - 223148
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CNPJ 206739107710000

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



A

Líder Dos Consórcios do Seguro Dpvt.

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/conductor 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)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúbidas acerca do acidente ocorrido, o 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,

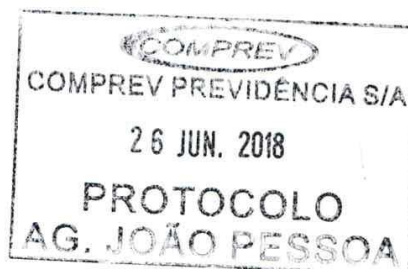
Local e data: Imaculada - PB; 25 / Junho / 2018

Edilson Alves Barbosa

ASSINATURA

RG: 7.563.917

CPF: 093.429.064-43



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SP Nº 8188850940

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 910265186 2010

HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA

08543103479 DXJ7412

DXJ7412/SP 9C2KC08107R112529

9C2KC08107R112529

9C2KC08107R112529

HONDA/CG 150 TITAN KS 2007 2007

2L/0149CC PARTIC. PRETA

15*****
2*****
3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0026070 CDD. MUN. 388-8 DATA DE PAGAMENTO

DEPAT PASO 08/12/2010

SEM RESERVA

ITUPEVA 08/12/2010

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SP Nº 8188850940

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 910265186 2010

HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA

ROD MARIO TONOLI 8003
SA 9 MORRO ALTO 13295

08543103479 DXJ7412

DXJ7412/SP 9C2KC08107R112529

9C2KC08107R112529

HONDA/CG 150 TITAN KS 2007 2007

2L/0149CC PARTIC. PRETA

15*****
2*****
3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0026070 CDD. MUN. 388-8 DATA DE PAGAMENTO

DEPAT PASO 08/12/2010

SEM RESERVA

ITUPEVA 08/12/2010

PROTOCOLO

22 JUN 2010

COMPANHIA DE LICENCIAMENTO E REGISTRO DE VEÍCULOS



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

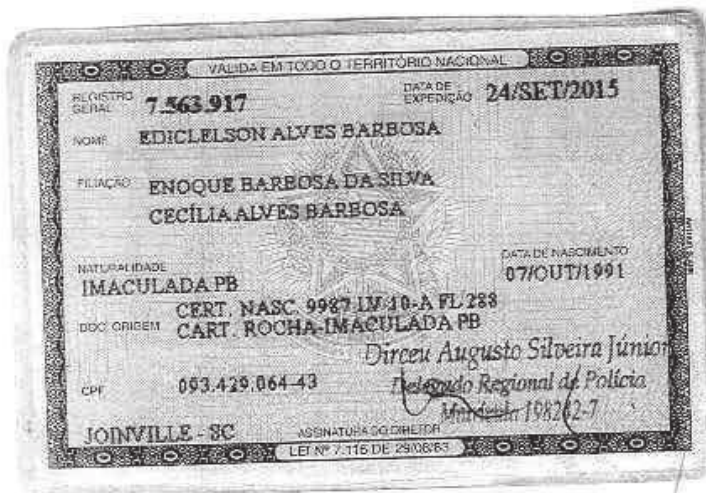
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062512495851300000030485624>

Número do documento: 20062512495851300000030485624

Num. 31796119 - Pág. 28

COMPRES
COMPRES. P. L. N. 10/15/12
22 JUN 1954
PROT. 115
AG. JOAO PESSOA





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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 Edicleison Alves Barbosa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 093.429.064/43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Edicleison 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		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELA VISTA	PATOS	PARAIBA	58706-460
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003	(83) 9 9655-8484	

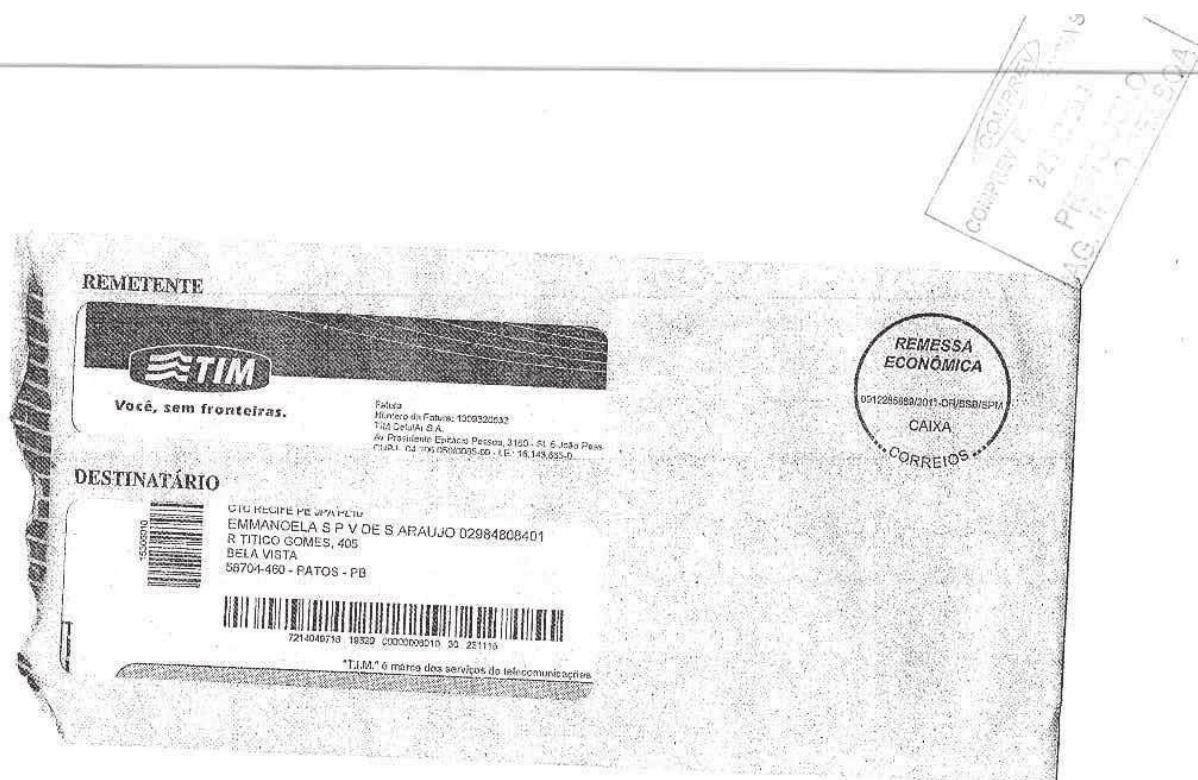
Patos - PB, 11 de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA
22 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDR1.001 V001/2017







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

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 13

[illegible]

RESPONSÁVEL: _____

ADVIS VTT-418

VIA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30pm ☐ <30pm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PA: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

VAL: 130 x 80 FC: 73 FR: _____ TEMP: _____ °C - GLUCEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SatO₂: 92

QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM;

UNIVCO DE ENFERMAGEM:

☐ Anestesia ☐ Causado Aduativa Intracraniana Diminuida ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Conforto apud ☒ Desambiguação prejudicada
 Débito cardíaco diminuído ☐ Descoberto prejudicada das vias ☐ Distensão subdura ☐ Dor aguda ☐ Dor aguda ☐ Hipotermia ☐ Integridade
 pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Incontinência a atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Período respiratório eficaz
 Período tissular cardíaco eficaz ☐ Período Tissular Cardíopneumático eficaz ☐ Período Tissular Sanguinatório eficaz ☐ Período tissular renal
 eficaz ☐ Termorregulação eficaz ☐ Troca de Gases Pulmonar ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos deficientes
 Eliminação Excessiva de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Irritação social prejudicada ☐ Incontinência
 Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação ☐

TECHNICAL

QUAL O SEU ENFERMEIRO:

[illegible]

ENOQUE BARBOSA DA SILVA
SIT SERRINHA, S/N - ARRA RURAL
IMACULADA/ PB CEP: 59745000 (AG: 133)



Emissão: 26/01/2018 Referência: Jan/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 17 - 143 - 873 - 1100 Nº medidor: 00001214731

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.018.829-0

Nº de Fatura: 5012858734
Cód. para Débito Automático: 00012858734

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 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1285873-4

Canal de contato
- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no Twitter e no YouTube (@energisa). Sempre que precisar da gente, queiramos saber pelo nosso e-mail: energia@energisa.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/12/17 Leitura: 5483	Data: 26/01/18 Leitura: 5541	1	58	29

CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Baseado em: (R\$)	Baseado em: (R\$)	Cálculo: (R\$)	Cálculo: (R\$)
				Trabalho Total (R\$) - CWS (R\$) - CWS	PM (R\$) - PM	(1/12) (R\$) (R\$)	(1/12) (R\$) (R\$)
001	Consumo em kWh	58,000	kWh	41,45	41,45	25	13,35
060	Adic. B Vermecha	0,28		0,16	0,25	0,08	0,43
0607	CONTRIBUIÇÃO E SERVIÇOS	0,28		0,16	0,25	0,08	0,43
0607	CONTRIBUIÇÃO E SERVIÇOS	0,28		0,16	0,25	0,08	0,43

CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Baseado em: (R\$)	Baseado em: (R\$)	Cálculo: (R\$)	Cálculo: (R\$)
TOTAL		47,15		41,71	10,42	41,71	0,43

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

Histórico de Consumo (kWh)											
92	48	85	87	84	82	49	80	6	80	84	85
Jan/17	Feb/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17

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

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL	35,00	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL			

ATENÇÃO
Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAR 2018
PROTOCOLLO
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 Edicilson 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) <u>(83) 3421-8003</u> <u>(83) 9 9655-9484</u> <u>(87) 9 9999-9976</u>

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.

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

Edicilson Alves Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Emmanoela
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

