



Número: **0801132-71.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **12/06/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|--|--------------------|--|-------------------|
| IVANILDO FERNANDO DA SILVA (AUTOR)                         |                    | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)             |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)             |                   |
| Documentos   |                    |  |                   |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 48935<br>222   | 22/09/2021 15:27   | <a href="#">2730176_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 003.578.563



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

## DADOS DO CLIENTE

MARIA IVONE DA SILVA SOUSA  
RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101  
QUEIMADAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/169482-7

## REFERÊNCIA

ABR/2019

## APRESENTAÇÃO

24/04/2019

## CONSUMO

71

## VENCIMENTO

02/05/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 63,69

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|   |                 |                 |                    |                    |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                              |                 |                 |                    |                    |
| 00190.00009 02957.450006 00099.793176 3 787700000006369                                 |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: MARIA IVONE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 373.138.274-15                            |                 |                 |                    |                    |
| RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101 - CJ CASSIO LIMA - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000         |                 |                 |                    |                    |
| Nosso-Número  | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 2957450000099793  | 000169482201904 | 02/05/2019      | R\$ 63,69          |                    |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA                                  |                 |                 |                    | 08.826.596/0001-95 |
| ROD BR 230 KM 158, 4799 - A SUDOESTE - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 |                 |                 |                    |                    |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5   |                 |                 |                    |                    |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>

Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 1



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

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o Senhor Ivanildo Fernando da Silva, Nascido em 06/05/1995, portador do Registro Civil nº 12.830. Residente no Município de Queimadas. Vítima de um acidente, colisão de moto com carro na BR 104, no dia 15/11/2018. O mesmo foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, do município de Alcantil para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Alcantil, 14/12/2018.

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Coordenadora do SAMU 192

Josineide Mª de M. Capibaribe  
Coordenadora do SAMU  
Matrícula: 5407788-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB



### CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/19, o registro nº85/19, cujo teor na íntegra está transcrito: Aos VINTE E UM dias do mês de MARÇO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Belª. DIANNI REGINA DE B. SILVA**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 09:24 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **IVANILDO FERNANDO DA SILVA**, brasileiro, com 23 anos, reciclador, natural de Taquaritinga do Norte/PE, rg: 9.804.139 SSP/PB, nascido em 06/05/1995, em união estável, sem instrução, filho de José Luiz Fernando da Silva e de Ivonize Pereira da Silva, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, Queimadas/PB, o qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE: QUE no dia 15/11/2018, por volta das 17:00 horas, conduzia a sua motocicleta HONGA CG 125 FAN (placa MFF 1354/SC, de cor preta, ano de fabricação 2008, chassi 9C2JC30708R172043), Pela BR104, sentido Alcantil-Queimadas/PB, quando ainda no trecho pertencente a Alcantil, quando um veículo Corsa, modelo novo, saiu de uma estrada vicinal e adentrou repentinamente na pista de rolamento a frente do declarante; QUE o declarante não conseguiu evitar uma colisão; QUE colidiu a sua motocicleta com o veículo e caiu no acostamento; QUE o motorista do veículo Corsa ficou no local por alguns instantes, inclusive pediu ajuda a outros condutores de veículo que ali passavam; QUE o declarante foi socorrido pelo Samu e encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; QUE o declarante sofreu uma fratura no fêmur esquerdo; QUE o declarante foi submetido a uma cirurgia; QUE o declarante se encontra fazendo fisioterapia; QUE o motorista causador do acidente mandou por três vezes cestas básicas para a casa do declarante; QUE o declarante não sabe informar quem é o motorista, apenas soube que nome é ROBSON e nada mais; QUE o declarante veio comunicar o fato para que possa acionar o Seguro Dpvat; QUE apresenta como suas testemunhas as seguintes pessoas: MARIA LUZINETE DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade; e DANIELA FERNANDES DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade. Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.**

Queimadas - PB, 21 de MARÇO de 2019

Declarante/noticiante:

*IVANILDO FERNANDO DA SILVA*  
**IVANILDO FERNANDO DA SILVA**

Escrivão (ã):

*THOMAS J. NUNES FARIAS*  
**THOMAS J. NUNES FARIAS**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>037J446/19</b>  | CPF da vítima:<br><b>71842334417</b>         | Nome completo da vítima:<br><b>Wamildo Fernando do Silva</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |  |
| Nome completo:<br><b>Wamildo Fernando do Silva</b>   |  | CPF:<br><b>71842334417</b>                                   |
| Profissão:<br><b>juiz</b>  | Endereço:<br><b>Rua George Pinto de Melo</b> | Número:<br><b>1101</b>                                       |
| Bairro:<br><b>CS Cordeiro Lima</b>   | Cidade:<br><b>Quimadas</b>                   | CEP:<br><b>58475000</b>                                      |
| E-mail:<br><b>Wamildofernando@ig.com.br</b>  | Estado:<br><b>PB</b>                         | Tel.(DDD):<br><b>8333341289</b>                              |

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |
| AGÊNCIA: <b>0041</b> CONTA: <b>554498</b> S   | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____                               |
| (Informar o dígito se existir)  | (Informar o dígito se existir)                            |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|   |  |
|---|--|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: _____   |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____  | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____  |  |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos: _____   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <b>Campanha Grande-PB 22/05/2019</b> | TESTEMUNHAS                    |
| Nome: _____  | Nome: _____  | 1º   Nome: _____               |
| CPF: _____   | CPF: _____   | CPF: _____                     |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO                         |  | Assinatura                     |
| <b>Wamildo Fernando do Silva</b>                             |  | 2º   Nome: <b>22 Maio 2019</b> |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)               |  | CPF: _____                     |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)                | Assinatura do Procurador (se houver)               |                                |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337059

Vítima: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14349387

Pag. 01221/01222 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020611





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>037J446/19</b>  | CPF da vítima:<br><b>71842334417</b>         | Nome completo da vítima:<br><b>Wamildo Fernando do Silva</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |  |
| Nome completo:<br><b>Wamildo Fernando do Silva</b>   |  | CPF:<br><b>71842334417</b>                                   |
| Profissão:<br><b>juiz</b>  | Endereço:<br><b>Rua George Pinto de Melo</b> | Número:<br><b>1101</b>                                       |
| Bairro:<br><b>CS Cordeiro Lima</b>   | Cidade:<br><b>Quimadas</b>                   | CEP:<br><b>58475000</b>                                      |
| E-mail:<br><b>Wamildofernando@ig.com.br</b>  | Estado:<br><b>PB</b>                         | Tel.(DDD):<br><b>8333341289</b>                              |

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)         |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____  |
| AGÊNCIA: <b>0041</b> <input type="checkbox"/> CONTA: <b>554498</b> <input type="checkbox"/>   | AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> |
| (Informar o dígito se existir)  | (Informar o dígito se existir)                                    |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|  |  |
|--|--|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: _____   |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____   | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____   |  |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | Se tinha filhos, informar quantos: _____   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  | Local e Data, <b>Campanha Grande-PB 22/05/2019</b> | TESTEMUNHAS                                  |
|   | Nome: _____<br>CPF: _____                          | 1º   Nome: _____<br>CPF: _____               |
| (* Assinatura de quem assina A ROGO<br><b>Wamildo Fernando do Silva</b><br>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |  | 2º   Nome: <b>22 Maio 2019</b><br>CPF: _____ |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)   |  | Assinatura do Procurador (se houver)         |

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171446/19

**Vítima:** IVANILDO FERNANDO DA SILVA

**CPF:** 718.423.344-17

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 15/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IVANILDO FERNANDO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### IVANILDO FERNANDO DA SILVA : 718.423.344-17

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/05/2019  
Nome: IVANILDO FERNANDO DA SILVA  
CPF: 718.423.344-17

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

IVANILDO FERNANDO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Carlos Fernando de Silva  
 DATA DO ACIDENTE 15/11/2018 CPF DA VÍTIMA 71842739417  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Carlos Fernando de Silva  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É João Carlos Fernando de Silva  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua George Pinho de Mello  
 Nº 1101 COMPLEMENTO ES. COM. C. Lino BAIRRO ES. COM. C. Lino  
 CIDADE Itumbiara UF GO CEP 73475000  
 E-MAIL joaofernando@itumbiara.com.br TELEFONE (61) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/05/2019  
 IDENTIDADE 9804139  
 ASSINATURA João Carlos Fernando de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/05/2019  
 NOME Corretora de Seguros  
 ASSINATURA Corretora de Seguros





**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**718.423.344-17**

Nome  
**IVANILDO FERNANDO DA SILVA**

Nascimento  
**06/05/1995**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**E33A.4799.1303.928A**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:02:48 do dia 01/03/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



Scanned by CamScanner



15/11/2018

HTCG-Panel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1774833 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: IVANILDO FERNANDO

CEP: 58475000

Nascimento: 01/06/1995

DA SILVA

Sexo: M

Telefone:

Endereço: SAMU DE ALCANTIL

Idade: 023

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Queimadas

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe:

CPF:

Profissão:

Responsável:

Data de

CNS: 898959419441

Estado Civil:

Atend: 15/11/2018

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 18:16:22

Especialidade:

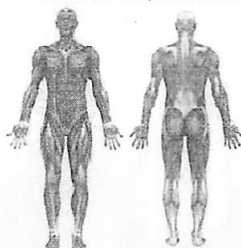
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente com relato de colisão com x  
moto e cerca de 2h. Traída pelo SAMU e  
imobilizada. Nega dor mais e vômitos.  
Boa EF. Dor e deformidade em coxa E.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 13 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Orl quid. às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  | Alta de C. Ged 18:20.  |                   |
| 2  |                        |                   |
| 3  |                        |                   |
| 4  |                        |                   |
| 5  |                        |                   |
| 6  |                        |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Clementino Filho  
Endoscopia  
CRM PB 2468

148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1774833

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482

Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 10



SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

|                       |                            |                             |                                 |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nome:                 | Jasmilma Fernando da Silva |                             |                                 |
| End:                  | Treze Samu de Alcantar     | Bairro:                     | Quilmes                         |
| Data de Nascimento:   | 23 anos                    | Documento de Identificação: |                                 |
| Queixa:               | ad. moto                   | Data do Atend.:             | 15-11-18 Hora: 18:15 Documento: |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim ( ) Não            |                             |                                 |

### Classificação de Risco

|  |  |
|--|--|
| Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo  | Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória:                             | Frequência cardíaca:                             |
| Pressão arterial:                                    | Temperatura axilar:                              |
| Dosagem de HGT:                                      | Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Palida              |
| Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca |  |

### Estratificação

- Limão*
- ( / ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

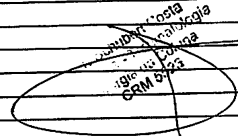
- Dr. Poliana Katuscia A. L. Enfermeira
- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



$$PO \cdot F_X \in \hat{E}_{MLR} \quad (F)$$
$$PO \cdot F_X \in \hat{E}_{MLR} \quad (F)$$

Dr. Zundert Costa  
Unidade Triunfante  
Clínica de Odontologia  
CRM 6523

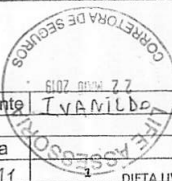




GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico



### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

11

PRE OP:

PD Ex FEMUR (E)

Paciente **IVANILDO FERNANDES DA SILVA** Alojamento **1** Leito **4** Convênio

| Data   | Prescrição Médica                         | Horário | Evolução Médica |
|--------|---|---------|-----------------|
| 7/8/11 | 1. DIETA LIVRE                            |         | ORTOPEDIA       |
|        | 2. SRL-1500ML EV 24H                      |         |                 |
|        | 4. DIPIRONA 1G EV 6/6H                    |         |                 |
|        | 5. TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h         |         |                 |
|        | 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SE DOR |         |                 |
|        | 7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H SN         |         |                 |
|        | 8. CLEXANE 40 UI-SC 1x/DIA                |         |                 |
|        | 9. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM, Digo VD       |         |                 |
|        | 10. SSVV + CCGG                           |         |                 |
| D 2    | 11. IVOFLOXACINA 750mg EV 24/24h          |         |                 |
|        | 12. RETIRAR DRENO                         |         |                 |

Dr. Suelio Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia da Coluna  
CRM 6523

Dr. Suelio Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia da Coluna  
CRM 6523

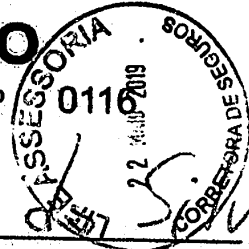
MOD. 035








● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79



Paciente: Ubaldo Torquendo   
Hospital: Uniao CG  
Médico: Dr. Jilva e Dr. Babel  
Data da Cirurgia: 27/11/18 Procedimento: T. Lumbiv E  
Prontuário: 14711833 Convênio: SUS  
Estrumentadora: Stysson Circulante: Chra

| Quant. | Nomeclatura              | Código |
|--------|--------------------------|--------|
| 01     | PLACA 10 PUROS DCP LARGA |        |
| 61     | PARAFUSO CORTICAL        | Nº 26  |
| 03     | " "                      | Nº 28  |
| 02     | " "                      | Nº 30  |
| 01     | " "                      | Nº 32  |
| 01     | " "                      | Nº 36  |

Recife, 2 de 11 de 20

**Médico Responsável**



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HUECG   |   | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |             | ENFERMARIA  | LEITO             | Nº PRONTUÁRIO   |
|---|---|---|-------------|-------------|-------------------|---|
| FOLHA DE ANESTESIA  |   | NOME <u>Manoel F. da Silva</u>                                |             |             | IDADE             | SEXO <u>M</u> COR   |
| DATA <u>22-04-18</u>  | PRESSÃO ARTERIAL                              | PULSO   | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA | PESO              | ALTURA  |
| TIPO SANGÜÍNEO  | HEMÁCIAS                                      | HEMOGLOBINA   | HEMATÓCRITO | GLICEMIA    | URÉIA             | OUTROS  |
| URINA   |   |   |             |             |                   |   |
| AP. RESPIRATÓRIO  |   |   |             |             | ASMA              | BRONQUITE   |
| AP. CIRCULATÓRIO  |   |   |             |             | ELETROCARDIOGRAMA |   |
| AP. DIGESTIVO   |   |   | DENTES      | PESCOÇO     | AP. URINÁRIO      |   |
| ESTADO MENTAL   |   |   | ATARÁXICOS  | CORTICÓIDES | ALERGIA           | HIPOTENSORES  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO  |   |   |             |             | ESTADO FÍSICO     | RISCO   |
| ANESTESIAS ANTERIORES   |   |   |             |             |                   |   |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA  |   |   |             | APLICADA ÀS | EFEITO            |   |
| AGENTES ANESTÉSICOS   |   |   |             |             |                   | INDUÇÃO<br>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____<br>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____<br>Náuseas: _____ Vômitos: _____<br>Outros: _____<br>MANUTENÇÃO |
| LÍQUIDOS  |   |   |             |             |                   |   |
| CÓDIGOS   |   |   |             |             |                   | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____<br>Não, por quê? _____   |
| VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO<br>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO        |   |   |             |             |                   | DESPERTAR<br>Reflexos na SO: _____<br>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____<br>Náuseas: _____ Vômitos: _____<br>Outros: _____                              |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES  |   |   |             |             |                   | Com cânula:<br>Paro o Leito Sim _____ Não _____<br>CONDIÇÕES:   |
| POSIÇÃO   |   |   |             |             |                   |   |
| AGENTES   | <u>Hera. 1mg + Dimorf. 1mg + 3g de d. 2mg</u> |   |             |             |                   | CÂNULAS   |
| TÉCNICA   | <u>Basal</u>                                  |   |             |             |                   |   |
| OPERAÇÃO  | <u>Troca. Cir. - Fenda. Hemor.</u>            |   |             |             |                   |   |
| CIRURGIÕES  | <u>Julio - F. da S.</u>                       |   |             |             |                   |   |
| ANESTESISTAS  | <u>Manoel F. da Silva</u>                     |   |             |             |                   |   |
| OBSERVAÇÕES   |   |   |             |             |                   |   |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. |   |   |             |             | PERDA SANGÜÍNEA   |   |

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRP8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482

Número do documento: 21092215270871900000046443482

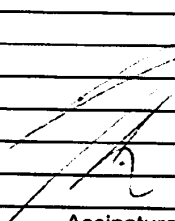
Num. 48935222 - Pág. 15



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|   |                       |                               |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| Paciente: <u>toniãdo fernando da silva</u>    |                       | Idade: <u>23a</u>             |
| Convênio: <u>SUS</u>                          |                       | Data: <u>27.11.18</u>         |
| Procedimento: <u>Trot. cirurg. pativa MIE</u> |                       |                               |
| 22 Maio 2019                                  |                       |                               |
| Cirurgião: <u>Euler + filipe cran</u>         | Auxiliar:             | Anestésista: <u>wanderley</u> |
| Início: <u>15:45</u>                          | Término: <u>17:00</u> | Anestesia <u>Raqui</u>        |

[illegible][illegible]

| Observações:  |            |
|---|------------|
| <div><div>7987</div></div> |            |
| Assinatura Anestesista  | Circulante |

## Relatório de Operação

MOD. 103



Clara E. L. Silva  
COREN-PR 128092

[illegible]

**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**





**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

eito  
 A  
 ntrador  
 22  
 20:3  
 S. L. C. O. C.  
 S. L. C. O. C.  
 S. L. C. O. C.

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



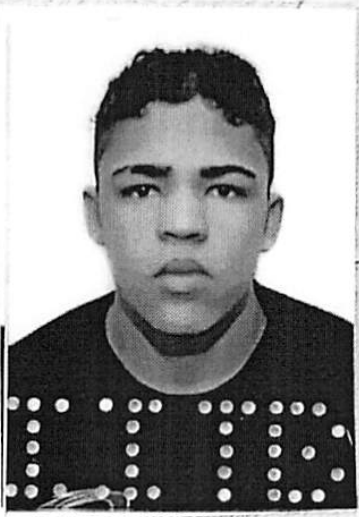





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-7

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



*João Vinícius F. da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Scanned by CamScanner



|  |   |
|--|---|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL   |   |
| REGISTRO<br>GERAL  | 9.804.139   |
| DATA DE<br>EXPEDIÇÃO   | 27/09/2013  |
| NOME   | << IVANILDO FERNANDO DA SILVA >>                                    |
| FILIAÇÃO   | << JOSÉ LUIZ FERNANDO DA SILVA >><br><< IVONIZE PEREIRA DA SILVA >> |
| NATURALIDADE   | TAQUARITINGA DO NORTE - PE  |
| DATA DE NASCIMENTO   | 06/05/1995  |
| DOC. ORIGEM  | << 0710190155 1999 1 00013 076                                      |
| CPF  | 0012830 17 UMBUZEIRO-PB >>  |
| Belislandir de S. Carneiro Leão<br>ASSINATURA DO DIRETOR DO IJUB<br>LEI Nº 2.400 DE 29/08/83 |   |
| F-56 43/06 - 3032  |   |

THOMAS GREG & SONS



Scanned by CamScanner

