



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
14 NOV. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**038.317.894-01**

Nome  
**EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Nascimento  
**22/07/1982**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**90C0.7D4B.9471.EB4A**

A autenticidade desse comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às **09:17:58** do dia **13/04/2011** (hora e data de Brasília)  
digito verificador: **60**

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2.624.854 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO: 20/04/2007

GERAL

NAME: EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO: MANOEL LUIZ DOS SANTOS  
IRACI MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1982

DOC-ORIGEM: SAM N. 028278 FLS.184 LIV.B-62

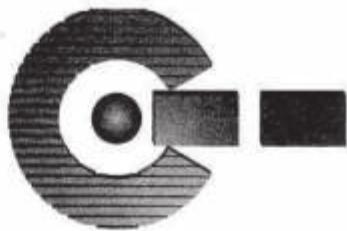
CARTORIO 2º CAMPINA GRANDE-PB.

038.317.894-01

João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.16 DE 29/09/1980





**Campimagem**

Diagnóstico por Imagem  
Imagens para Vida

**PACIENTE:** EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**IDADE:** 35A

**MÉDICO SOLICIT:** PEDIDO MEDICO

**EXAME:** RX COXA ESQUERDA

**Nº DO EXAME:** 326805

**DATA DO EXAME:** 24/08/2017

**RESSONÂNCIA  
MAGNÉTICA**

**TOMOGRAFIA  
COMPUTADORIZADA  
MULTISLICE**

**ULTRASSONOGRAFIA  
3D E 4D**

**DOPPLER COLORIDO  
MAMOGRAFIA  
DIGITAL**

**ESTEREOTAXIA  
MAMÁRIA**

**RADIOLOGIA  
DIGITAL**

**RADIOLOGIA  
INTERVENCIONISTA**

**ANGIOGRAFIA  
DIGITAL**

**DENSITOMETRIA  
ÓSSEA**

**PUNÇÃO-BIÓPSIA  
ECOCARDIOGRAFIA**

**LABORATÓRIO DE  
ANALISES CLÍNICAS**

### RELATÓRIO:

- Fratura distal do fêmur com fragmentos ósseos alinhados e mantidos por placa e parafusos metálicos.
- Partes moles sem alterações.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

j/l

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



E

CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

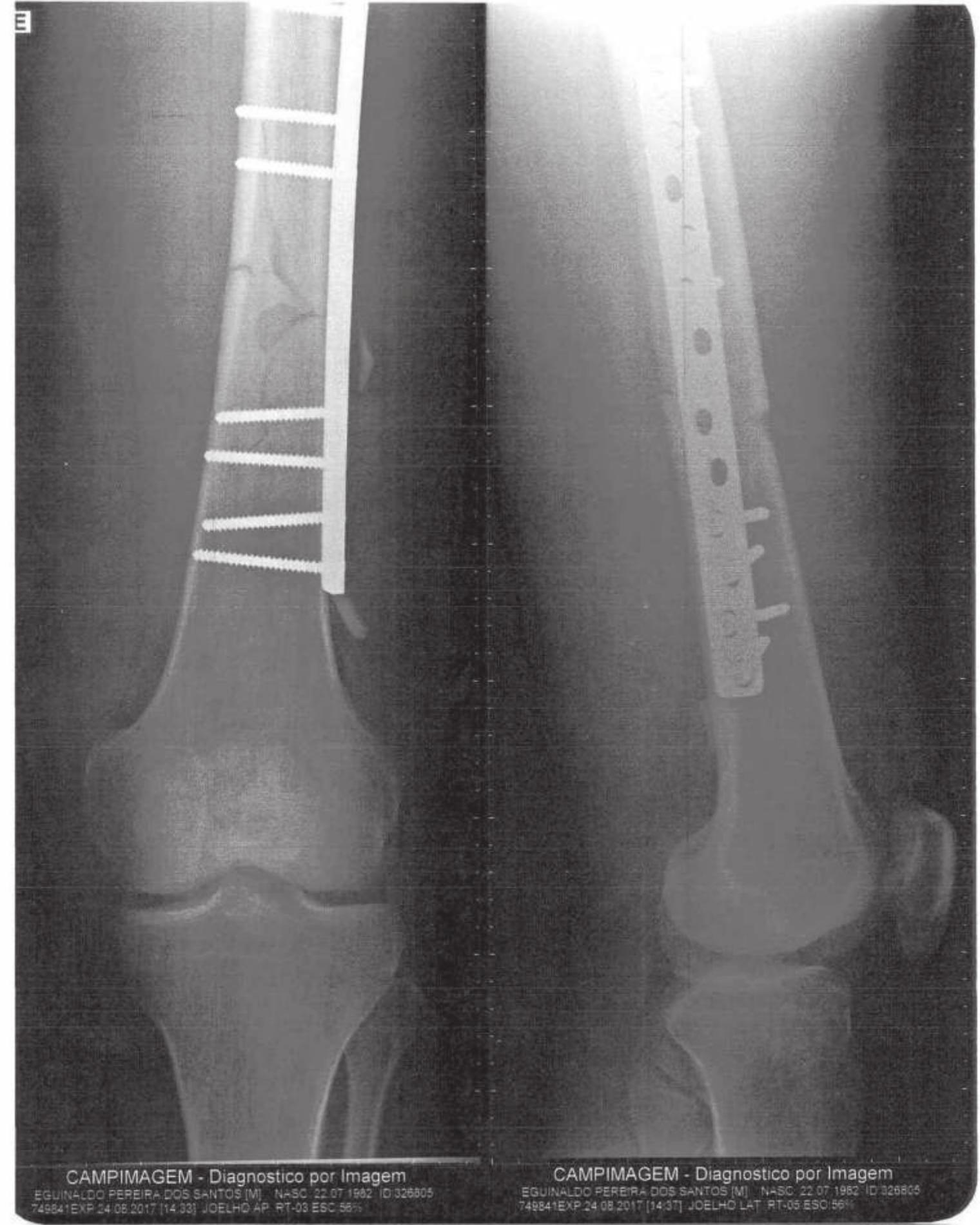
EQUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC. 22.07.1982 ID 326805  
749841EXP 24.08.2017 [14.33] FEMUR AP RT-01 ESC 56%

CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

EQUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC 22.07.1982 ID 326805  
749841EXP 24.08.2017 [14.33] FEMUR LAT RT-02 ESC 56%

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

E



CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC: 22/07/1962 ID: 326805  
749841EXP 24/08/2017 [14:33] JOELHO AP RT-03 ESC 56%

CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC: 22/07/1962 ID: 326805  
749841EXP 24/08/2017 [14:37] JOELHO LAT RT-05 ESC 56%

COMPRESEGURAS E PREVIDÊNCIAS  
14 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



PACIENTE: EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS  
IDADE: 35A  
MÉDICO SOLICIT: PEDIDO MEDICO  
EXAME: RX COXA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 326805  
DATA DO EXAME: 07/06/2018

RESONÂNCIA MAGNETICA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE  
ULTRASSONOGRAFIA 3D E 4D  
DOPPLER COLORIDO  
MAMOGRAFIA DIGITAL  
ESTEREOTAXIA MAMÁRIA  
RADIOLOGIA DIGITAL  
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA  
ANGIOGRAFIA DIGITAL  
DENSITOMETRIA ÓSSEA  
PUNÇÃO-BIÓPSIA  
ECOCARDIOGRAFIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

#### RELATÓRIO:

Controle evolutivo evidencia:

- Fratura diafisária do terço distal do fêmur sob osteossíntese com placa e parafusos metálicos em fase avançada de consolidação e com volumosa reação periosteal para formação de calo ósseo.
- Partes moles sem alterações.
- Discreta osteopenia difusa (desuso).

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

hr

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

COMPREV  
SEGURADO E PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

CAMPAGNE • D'abord une histoire  
d'amour avec la nature. Puis une histoire  
de passion pour l'art et la culture. Ensuite,  
une histoire de réussite et d'innovation.  
Enfin, une histoire de plaisir et de partage.

CAMPAGNE • D'abord une histoire  
d'amour avec la nature. Puis une histoire  
de passion pour l'art et la culture. Ensuite,  
une histoire de réussite et d'innovation.  
Enfin, une histoire de plaisir et de partage.

E

CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC: 22/07/1952 ID: 326805

789134 EXP: 07/06/2018 [14:08] JOELHO AP RT-03 ESC 56%

CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS [M] NASC: 22/07/1952 ID: 326805

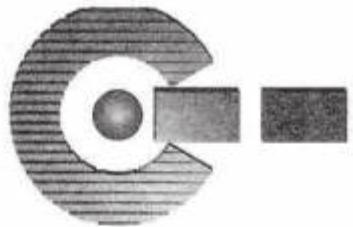
789134 EXP: 07/06/2018 [14:08] JOELHO LAT RT-04 ESC 56%

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**Campimagem**

Diagnóstico por Imagem  
Imagens para Vida

PACIENTE: EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

IDADE: 35A

MÉDICO SOLICIT: PEDIDO MEDICO

EXAME: RX COXA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 326805

DATA DO EXAME: 26/10/2017

RESONÂNCIA MAGNÉTICA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE

ULTRASSONOGRAFIA 3D E 4D

DOPPLER COLORIDO

MAMOGRAFIA DIGITAL

ESTEREOTAXIA MAMÁRIA

RADIOLOGIA DIGITAL

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

DENSITOMETRIA ÓSSEA

PUNÇÃO-BIÓPSIA

ECOCARDIOGRAFIA LABORATÓRIO DE

ANALISES CLÍNICAS

#### RELATÓRIO:

- Controle de fratura cominutiva diafisária no terço médio do fêmur, sob osteossíntese com placa e parafusos metálicos e com alinhamento ósseo satisfatório.
- Osteopenia periarticular (desuso).
- Fragmentos ósseos em partes moles adjacentes a área de fratura.
- Redução volumétrica das partes moles da coxa, relacionada a hipotrofia muscular por desuso.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

r/r

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

**PROTOCOLO**  
**AC. JOÃO PESSOA**

Dr. Cândido Ramos Tejo Neto  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 4753

Dr. Flávio Henrique Magno de Faria F. Ribeiro  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 7311

Dr. Guedes L. da C. Lima  
Radiologia e Endocrinologia  
CRM - PB 5176

Dr. Izidoro C. de Vasconcelos  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 6100

Dr. Keffers A. Dutra Ribeiro  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 3106

Dr. Luiz Alexandre Corrêa  
Densitometria e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 3101

Dr. Lyandra de F. C. Souza Maia  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 6810

Dr. Luciano de Oliveira Freitas  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 4154

Dr. Davi de H. Melo e Pinto  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 4784

Dr. William Ramos Tejo Neto  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
CRM - PB 9753

**CAMPIMAGEM - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE CAMPINA GRANDE LTDA.**

Rua Rodrigues Alves, 603 - Prata - CEP 58400-550 - PABX : (83) 3341-1089 (83) 2101-4750 (83) 2101-4757 - Campina Grande - PB.

E



EXB-32 10/2011 (08-16) JOELHO LAT RT-D ESC 200  
EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS (M) NESC 25/01/1985 ID 358803

CAMPIMAGEM - Dispositivo de medida  
EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS (M) NESC 25/01/1985 ID 358803

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
14 NOV. 2018  
PROTÓCOLO-  
AG. JOÃO PESSOA

**CAMPIMAGEM - Diagnóstico por Imagem**  
 ESTUDANTIL DE MEDICINA DA UFSCAR  
 CURSOS: BÁSICO (1º ANO) E AVANÇADO (2º ANO)  
 ENDEREÇO: RUA DOURADINHA, 100 - 04420-000 - SÃO PAULO - SP - BRASIL

**CAMPIMAGEM - Diagnóstico por imagem**  
SOUZA, ALCEMI FERREIRA DOS BANCOS, M. N. S. C. G. R. E.  
E-mail: 21-10-2017 (08-48) - Diagnóstico em Radiologia



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1461030

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: 01/07/2017  
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Eliane Pereira Trevas

PACIENTE: EGUNALDO PEREIRA

CEP:58400002

Nascimento:22/07/1982

DOS SANTOS

Endereço:CICERO ALEXANDRINO

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:034

Bairro:SÃO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: IRACI MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

RG: 2624854

Nº:72

CPF: 03831789401

Profissão:MOTORISTA

Responsável:

Data de:

CNS:998002758424201

Estado Civil:Solteiro(u)

Atend:01/07/2017

CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO-CARRO X CARRO

Hora: 16:28:42

Especialidade:

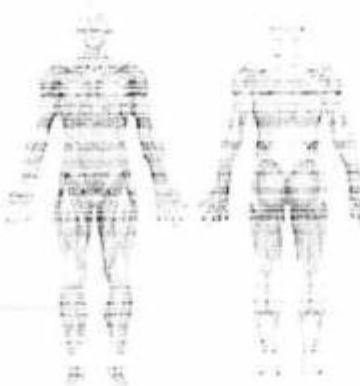
Medico:

CRM:

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

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



- |                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abcesso             | 19. Fratura óssea fechada        |
| 2. Amputação           | 20. Fratura óssea aberta         |
| 3. Avulsão             | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão            | 22. Inurgitamento Venoso         |
| 5. Desprezit           | 23. Isquemia                     |
| 6. Dor                 | 24. Lesão tendinosa              |
| 7. Edema               | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento        | 26. Mordedura                    |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Engavetamento      | 28. Objeto Encravado             |
| 11. Equimose           | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca     | 30. Parafidio                    |
| 13. F. Arma de fogo    | 31. Farinha                      |
| 14. F. Cerrito         | 32. Peritonite                   |
| 15. F. Contuso         | 33. Quimadura                    |
| 16. F. Corte-contuso   | 34. Unnarização                  |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal da Isquemias           |
| 18. F. Perfuro-contuso | 36.                              |

## OBS:

## QUEIMADURA:

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

## DIAGNÓSTICO / CID:

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1461030

Paciente Alcoolizado

No Acesso Sarcasmo

Convivência Venenosa

MM 0001 - 15

## ALERGIA:

## MEDICAMENTOS:

## PATOLOGIAS:

## EXAME FÍSICO

PUPILAS  Fatorreagentes  IsocônicasGlasgow 15 PA

## EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais  
 ( ) Gasometria arterial  
 ( ) Tomografia Computadorizada

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: DR NEIDE

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CO
1	
2	- Dripice 2L cm
3	
4	- Vorum 2g
5	
6	

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



**ORTOTRAUMA**  
CAMPINA GRANDE  
CLÍNICA DE ORTOPEDIA E FRATURAS  
AV. DOM PEDRO II, 429 - CENTRO  
FONE: (83) 3341.4666 - CAMPINA GRANDE - PB

Lançamento

Doutor no Dr. Euvaldo Pereira  
nas Artos Foi submetido a  
trapçamento de FRACTURA DO

FEMUR (E) em 2017, ASESINHO  
MANCHA CONTINENTE, com limitações  
funcional LEVE DO MIE.

05/11/18

~~Ericsson A. Marques~~  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MEDICINA ESPORTIVA  
Av. 270 - SBT 7297

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV. 2018  
**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES

### Ficha de Acolhimento

Nome:

Cognaldo Bezerra dos Santos

End:

Bairro:

Data de Nascimento:

22.07.82

Documento de Identificação:

Queixa:

Sofria

Data do Atend.: 03.07.17

Hora: 16:25 Doc.

Acidente de trabalho?

( ) Sim

( ) Não

eletrocaso

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo      Aspecto: ( ) Calmo ( ) Ansioso

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: ( ) Normocíticas ( ) Anêmicas

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

### Estratificação

Vermelho - atendimento imediato

( ) Amarelo - atendido

( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Azul - atendido

( ) Branco - atendido

Assinatura



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
<u>Eduardo Domingos Gómez</u>		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <u>Dra. Ana Carolina</u>	1º Auxiliar	<u>Dra. Yvonne Mello</u>
2º Auxiliar <u>PM Wagner Mello</u>	3º Auxiliar	Instrutor
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Hipertensão arterial (H)</u>	
Tipo de Operação	<u>Oftalmoplastica</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<u>Omege</u>	
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<u>Não</u>	
Acidente Durante a Operação	<u>Não</u>	

## **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- (1) Paciente com DDM em progressão

(2) Assepsia + Autosepsia + Asepsia no campo operatório

(3) Incisão lateral em cota (L) + dissecação DDM p/ fuso

(4) Redução cruenta da fr

(5) Anáficos de placas DCP 12 furos + 28 parafusos contínuos

(6) Lavagem de F.P.

(7) Sutura com fios e curativo

## **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

HUECG

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Equinópolis - Arreia dos Santos</i>			IDADE <i>34</i>	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>20/07/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>130 x 80</i>	PULSO <i>70</i>	RESPIRAÇÃO <i>EXPÉCIO</i>	TEMPERATURA <i>36,5°C</i>	PESO <i>90kg</i>	ALTURA	
	TIPO SANGUÍNEO <i>HEMÁCIAS</i>	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA <i>0</i>	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>n/n</i>					ASMA <i>neg</i>	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <i>n/n</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>SÉBUM &gt; 8h</i>		DENTES	PESCOÇO		AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>orientado</i>		ATARAXICOS	CORTICOIDES		ALERGIA <i>neg</i>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de fêmur</i>					ESTADO FÍSICO <i>T</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>Mirtazapil 30mg + Fentanil 100mcg</i>				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS <i>O<sub>2</sub></i>				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS <i>H2O/0,9% 100 - 100 - 100</i>				Salist.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
				Laringo espasmo: _____	Lenta: _____		
				Náuseas: _____	Vômitos: _____		
				Outros: _____	MANUTENÇÃO		
				③ Cefazolin - 2-2g ④ Dexamf losano - 1g ⑤ Aztreonam - 4g ⑥ Alprazolam - 2g ⑦ Amitriptilina - 50mg ⑧ Tizanidic - 400mg			
				ANESTESIA SATISFAZ: Sim _____ Não _____			
				Não, por quê? _____			
DESPERTAR							
Reflexos na SO: _____							
Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____							
Náuseas: _____ Vômitos: _____							
Outros: _____							
Com cânula: _____							
Para o Leito Sim: _____ Não: _____							
CONDIÇÕES:							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>mani → Assépsia/antisépsia, Pun → 13/24, único meziar 25, Ecr hipo, 236lato ① + ② sem zelarco nenhuma</i>							
POSIÇÃO <i>DMH → seio do (manil) → DMH</i>							
AGENTES <i>① Neostigmine Rescam - 5mg ② Dimonf - 100mcg</i>							
TÉCNICA <i>Magia anestesia</i>							
OPERAÇÃO <i>Fract. v/n. Frac. fêmur</i>							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS <i>DRoni Lima</i>							
OBSERVAÇÕES							
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.							
14 NOV 2019							
PRÓTÓCOLO AG. 1070 - PESSOA							
PERDA SANGUÍNEA							



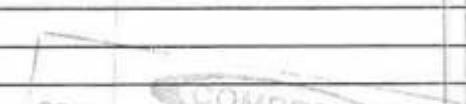
GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Geraldo Ferreira dos Santos Idade: 34  
Convênio: SUS Data: 20/07/13  
Procedimento: Tto cirúrg de fratura diafragma de fíbula

<p><b>Observações:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	 <p>COMPREV COMPANHIA BRASILEIRA DE PREVIDÊNCIA E SEGUROS</p> <p>14 NOV. 2018</p> <p>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>
--	--



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1<sup>a</sup> Via Cliente / 2<sup>a</sup> Via Empresa / 3<sup>a</sup> Via Fixa

N° 3564

## PEDIDO DE FATURAMENTO

**NOME DO HOSPITAL**

## HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

**NOME DO PACIENTE**

**EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

---

#### CÓD. PROCEDIMENTO

---

CONVÉNIO

1461 055

**ELABORACIÓN DE FEMUR**

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

20.07.2017

DR. AMALCO

**OBSERVAÇÕES**

*Dr. Wagner Falóo*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PR 101

**COMPREHENSION**

14 NOV. 2012

14 NOV. 2018  
PROTOCOL  
AG-103

NOV. 2018  
PROTOCOL  
AG-107

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup>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 ADEGILSON ROSSON DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754 , 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGUINHO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.317.894 , 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVAL X2 da Vítima EGUINHO PEREIRA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 491.464.754 , 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

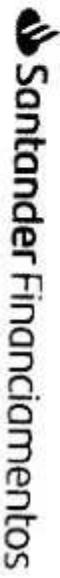
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Profº CORINA MARIA RASCHI	Número	23	Complemento	CASA
Bairro	José Antônio	Cidade	JOÃO PESSOA	Estado	PB
Email	ADEGILSONSEGUNDO@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	(83) 98892-3278	Telefone celular (DDD)	(83) 99195-1719

João Pessoa - 14 de Novembro de 2018  
Local e Data

Adegilson Rossan dos Santos  
Assinatura do Declarante

14 NOV. 2018  
COMPROV. SEGURO E PROVEDORIA SIA  
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIEVE PE P16

CFC RECIFE PEPL6

R PRF A CORINA MARIA RABELO 28 CASS  
JOSE AMERICO DE JOAO PESSOA - PB  
58073-270



7249230326173453000001016131821018



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA.  
21 NOV. 2018  
**PROTOCOLO**  
**Ao. JOAO PESSOA**



EGUINALDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

FATURA DE  
OUT/2018

CÓDIGO MINHA CI  
401605724102

VENCIMENTO  
07/11/2018

Emissão em 25/10/2018  
Período de 23/09/2018 a 23/10/2018

PAGAR (RS)  
**110,53**

110,53

.....



CTC CORREIOS  
EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS  
RUA CICERO ALEXANDRINO 72  
CENTRO  
58441-000 - SAO JOSE DA MATA - PB



7200039896 00000 0000000000 10 251018

RECEBA  
ESTA CONTA  
DO JEITO  
MAIS  
PRÁTICO.



MUDE PARA A CONTA ONLINE.  
Eacesse sua fatura de onde estiver.  
Cadastra-se em [bit.ly/nbbac](http://bit.ly/nbbac).

#### SERVIÇOS UTILIZADOS

<b>PLANO PÓS 1.000</b>	50,96
<b>MÓVEL</b> (83) 98776-4908	14,88
+ Oi Internet Pra Celular	
<b>MÓVEL</b> (83) 98873-6463	
+ Oi Torpedo Recado Promocional	
+ Linha Adicional	37,82
<b>TOTAL DE MENSALIDADES</b>	<b>103,66</b>
Alem disso, você...	
realizou chamadas de longa distância	0,97
utilizou outros serviços de terceiros	5,90
<b>SUBTOTAL</b>	<b>110,53</b>
<b>TOTAL DA SUA FATURA</b>	<b>110,53</b>

EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS  
CPF: 038.317.884-01  
NÚMERO DO CLIENTE: 2737130403  
NÚMERO DA FATURA: 49004377  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401605724111

CÓDIGO MINHA OI  
401605724102

[www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)  
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,  
conta detalhada, histórico de consumo e  
muito mais.

**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Out 2018	110.53
Set 2018	109.56
Ago 2018	109.56
Jul 2018	109.56
Jun 2018	109.56
May 2018	109.56

**Fique atento:** Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% acréscimos pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias. Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.





## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 1/7/2017	<b>HORA:</b> 16:18 HS	<b>ID Nº:</b> 1571858
<b>NOME:</b> EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> BR 230		
<b>COMPLEMENTO:</b> SÃO JOSÉ DA MATA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE/PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 28 de setembro de 2017.





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

**PRF**



**Acidente nº 17053306B01**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 230      **KM:** 170,0 - Decrescente      **Município:** CAMPINA GRANDE/PB

**Data:** 01/07/2017      **Hora:** 15:30

**Policial responsável pelo atendimento:** JOCENIO, matrícula 1542347

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Molhada

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Nublado

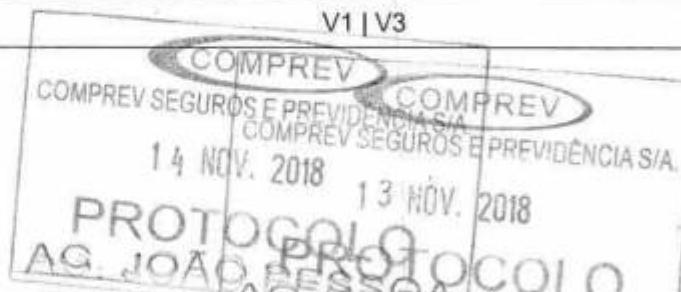
**Fase do dia:** Pleno dia

### NARRATIVA

Conforme averiguação realizada no local do acidente, em Campina Grande/PB, no km 170 da BR 230, sentido decrescente, verificamos que o V1: VW/GOL, placa: KJJ-3466/PB, se deslocava no sentido Campina Grande, momento em que se deparou com um cortejo que interrompeu o fluxo a sua frente, com o intuito de desviar da interrupção, o V1 tentou se deslocar pelo acostamento, quando colidiu na traseira de V2: HONDA/XRE 300, placa: NPS-7452/PB, que aguardava no acostamento a passagem do cortejo, após a colisão com V2, V1 perdeu o controle e colidiu frontalmente com V3: MMC/L200, placa: MYM-7069/PB, que se deslocava na contramão, fazendo parte do cortejo, com o objetivo de adentrar a esquerda.

### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V1   V2
2	Colisão frontal	V1   V3



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 17053306B01



**PRF**

### IMAGENS PANORÂMICAS



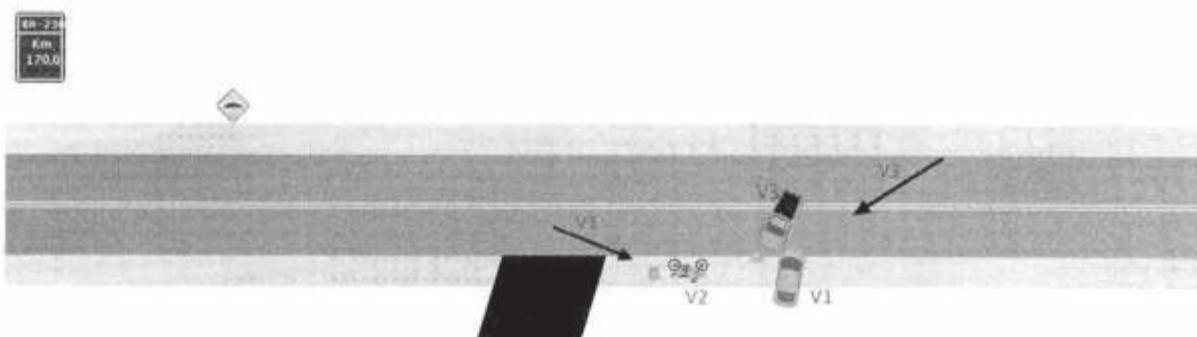
SENTOIDO CRESCENTE



SENTOIDO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Pocinhos/PB

Campina Grande/PB



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V1**



**KJJ3466**

**Placa:** KJJ3466 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** VW/GOL 1.0/2008

**Renavam:** 00976590220

**Chassi:** 9BWAA05U89P000920

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Especie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Transitando no acostamento

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** JACIARA SOUSA DE MELO

**CPF/CNPJ:** 041.255.914-58

**Endereço:** , CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Crime

**Tipo de receptor:** Depósito credenciado

**Informações complementares:** Condutor com sintomas de embriaguez, socorrido pelo SAMU com ferimentos graves.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V1**



**KJJ3466**



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V2**



**NPS7452**

**Placa:** NPS7452 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/XRE 300/2011

**Renavam:** 00454274360

**Chassi:** 9C2ND0910CR000185

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Especie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Estacionado/parado no acostamento

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** GENILDA DE LIMA R SILVA

**CPF/CNPJ:** 067.253.654-42

**Endereço:** , CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05BBC9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V3**



**MYM7069**

**Placa:** MYM7069 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** MMC/L200 4X4 GL/2001

**Renavam:** 00770515363

**Chassi:** 93XJNK3402C117336

**Tipo de Veículo:** Caminhonete

**Espécie/categoria:** Especial/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Transitando na contramão de direção

**Informações complementares:** Veículo realizava manobra para adentrar em rua a esquerda.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** SEVERINA MARIA DA C ALMEIDA

**CPF/CNPJ:** 015.989.104-34

**Endereço:** , CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Outros

**Tipo de receptor:** Depósito credenciado

**Informações complementares:** Veículo com licenciamento atrasado.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

V3



TRACIONADOR



Assinatura  
eletrônica



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



PRF

MYM7069





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V1**



**EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Placa do veículo:** KJJ3466

**Marca/modelo:** VW/GOL 1.0

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 038.317.894-01

**Data de nascimento:** 22/07/1982

**Estado civil:** Casado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** Não

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

**Informações complementares:** Condutor com CNH suspensa.

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional      **Categoria:** AD      **Data primeira habilitação:** 20/10/2000

**Nº Registro:** 01495070600      **UF:** PB      **Data de vencimento da habilitação:** 07/01/2020

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** CNH com suspensão do direito

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Sim      **Resultado:**

**Visíveis sinais de embriaguez:** Sim      **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA CICERO ALEXANDRINO, 72 - CASA, SAO JOSE DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**V2**



**LEANDRO DO NASCIMENTO SANTOS**

**Placa do veículo:** NPS7452

**Marca/modelo:** HONDA/XRE 300

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** LEANDRO DO NASCIMENTO SANTOS

**CPF:** 115.888.514-86

**Data de nascimento:** 26/03/1995

**Estado civil:** Solteiro(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** AB    **Data primeira habilitação:** 21/01/2014

**Nº Registro:** 05980968786    **UF:** PB    **Data de vencimento da habilitação:** 03/09/2018

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

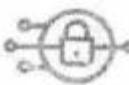
**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não    **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não    **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA JOSE DE SOUZA, 62 - CASA, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** 83 986460821/NÃO INFORMADO



Assinatura  
Eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 17053306B01



PRF

V3 CONDUTOR

JOSE MARCELINO DE QUEIROZ SOUZA

**Placa do veículo:** MYM7069

**Marca/modelo:** MMC/L200 4X4 GL

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** JOSE MARCELINO DE QUEIROZ SOUZA

**CPF:** 073.513.434-03

**Data de nascimento:** 03/12/1987

**Estado civil:** Divorciado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** B    **Data primeira habilitação:** 04/07/2013

**Nº Registro:** 05819693833    **UF:** PB    **Data de vencimento da habilitação:** 10/08/2017

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não    **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não    **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA JAMAICA, 130, SERROTAO, CAMPINA GRANDE/PB

**Telefone/email:** 83 98678-5518/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**



## Imagens Complementares

### Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



IMAGEM COMPLEMENTAR 03

### V2 - Tracionador - HONDA/XRE 300 - NPS7452



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



Autenticação  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 17053306B01



PRF



## Imagens Complementares

V3 - Tracionador - MMC/L200 4X4 GL - MYM7069



IMAGEM COMPLEMENTAR 01

V1 - Condutor - VW/GOL 1.0 - KJJ3466

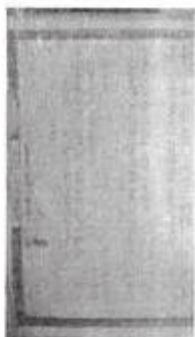


IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / VW/GOL 1.0

**Placa:** KJJ3466

**Nome do agente:** JOCENIO

**Nº BOAT:** 17053306B01

**Matrícula do agente:** 1542347

**Data:** 01/07/2017

Ref.	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 17053306B01



**PRF**

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Câmara de ar da dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

**Total geral (SIM + NA): 3**

**Dimensão da monta:** Média

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / HONDA/XRE 300

**Placa:** NP57452

**Nome do agente:** JOCENIO

**Nº BOAT:** 17053306B01

**Matrícula do agente:** 1542347

**Data:** 01/07/2017

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 01/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2013.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V3 / MMC/L200 4X4 GL

**Placa:** MYM7069

**Nome do agente:** JOCENIO

**Nº BOAT:** 17053306B01

**Matrícula do agente:** 1542347

**Data:** 01/07/2017

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C9490B379AB850



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 17053306B01**



**PRF**

Item	Descrição do Item	SIM*	NAO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

**Total geral (SIM + NA): 1**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por JOCENIO, matrícula 1542347, Policial Rodoviário Federal, em 06/07/2017, às 01:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17053306B01 e o número de controle 57C0296E08ED05B8C94908379A6850

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

**EQUINANDO PEREIRA DOS SANTOS**

CPF da Vítima

**038.317.894-01**

Data do Acidente

**01.07.2017**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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.

**Conselho 13.14 de Novembro de 2018**

Local e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**X Equinando Pereira dos Santos**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**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 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 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

**038.317.894-01**

Nome completo da vítima

**EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS</b>		CPF titular da conta <b>038.317.894-01</b>	Profissão <b>MOTORISTA</b>
Endereço <b>RUA CICERO ALEXANDRINO</b>	Número <b>72</b>	Complemento <b>CASA</b>	
Bairro <b>SAO JOSE DA MATA</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58441.000</b>
Email		Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
**2221**

D/V

CONTA

NRO.  
**40150**

D/V

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

**[Redacted]**

NRO.

AGÊNCIA

NRO.  
**[Redacted]**

D/V

CONTA

NRO.  
**[Redacted]**

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

**C.GRANDE-PB, 14 de Novembro de 2018**

Local e Data

**[Redacted]**  
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

14/11/2018 HORA: 11:25:23  
DATA EFETIVACAO: 14/11  
CONVENIO: 000642843  
OPERADOR: monike

-----  
AGENCIA: 2221  
CONTA: 013.00040150-0  
NOME: EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS  
VALOR: *Qdo*  
COD.OPERACAO: 023084985

-----  
DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO  
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A  
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 DÍ  
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ovidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



---

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180538462

**Vítima:** EGUINALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 01/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180538462**.

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**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000040150-0

---

Nr. da Autenticação 205CF7A2866193A6

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415275/18

**Vítima:** EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 038.317.894-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/07/2017

**Titular do CPF:** EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 038.317.894-01

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: 14/11/2018  
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS  
CPF: 491.464.754-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180538462      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGUNALDO PEREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 01/07/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 05/11/2018, ASSINADO POR DR. ERICSSON A. MARQUES, CRM 4770, DO ORTOGRAUMA - CLÍNICA DE ORTOPEDIA E FRATURAS.

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	EGUINHO PEREIRA DOS SANTOS	
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	MOTORISTA	
IDENTIDADE:	2.624.854	CPF: 038.317.894-01
ENDEREÇO:	R. CICERO ALEXANDRINO, 72 SÃO JOSÉ DA MATA C. GRANDE - PB. 58.441-000	

### OUTORGADO

NOME: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS		
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: AUTÔNOMO		
IDENTIDADE: 1.169.247 - SSDS/PB	CPF: 491.464.754-00	
ENDEREÇO: RUA PROF: CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO , JOSÉ AMERICO DE ALMEIDA-JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 -FONES (83) 99195-1719 (83) 98892-3276		

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 12 de 11 de 2018.

RECONHEÇO  
A FIRMA  
São José da Mata - PB

Eguinho Pereira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Rodrigo Freire Costa  
CAMPINA GRANDE CARTÓRIO ÚNICO DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA  
Rua Benedito Ferreira da Silva - Centro de São José da Mata - Campina Grande - PB  
Cep 58073-000 - Fone/Fax: (83) 99195-3829  
E-mail: rodrigo.freire@bol.com.br

Reconheço a firma Rodrigo Freire Costa	SINAL PÚBLICO	AUTENTICIDADE	SIMPLIFICAÇÃO
Campina Grande-PB	12 NOV 2018	<i>[Assinatura]</i>	
DATA:	SELO NORMAL	11164028 4158	TIPO II
	SELO DIGITAL		



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 013220945820  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

CÓD. RENAVAM PRT 20170000195997 EXERCÍCIO  
1 0097659022-0 00/00000000 2017

NOME

JACIARA SOUSA DE MELO

CPF / CNPJ

04125591458

PLACA

KJJ3466/PB

PLACA ANT / UF

KJJ3466 PE

CHASSI

9BWAA05U89P000920

ESPECIE TIPO

PAS/AUTOMOVEL/-

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2009

CAP / POT / CIL

5 P/76 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRATA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I  
P

00/00/0000

1°  
2°  
3°

V  
A

FAIXA I PV.A.  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

0

- PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO P A G O 31/05/2017

OBSERVAÇÕES

A.F CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0

CAMPINA GRANDE-PB

40584



Agimeneon Vieira da Silva  
Agenzia di gestione dei bilhetes

DATA

05/06/2017

7005924

PB Nº 013220945820

ESTE É O SEU  
PARA MAIS IN-  
AS CONDIÇÕES

WWW.SAC.D

VIA CPF /

1 04125591458

RENAVAM

00976590220

ANÔ FAB. CAT TARIF.

2008 1 9

PRE

FNS (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO

S COTA ÚNICA

SEGURAD

CNF

7005924-11