



Número: **0804526-82.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Sucumbência, Custas, Honorários**

**Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIVANIO ALVES DA SILVA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43401621	20/05/2021 12:31	<a href="#">Petição</a>	Petição
43401624	20/05/2021 12:31	<a href="#">2741047_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
43401626	20/05/2021 12:31	<a href="#">2741047_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVANIO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180568711**  
Vítima: **EDIVANIO ALVES DA SILVA**  
Data do Acidente: **19/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180568711**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13674331

Pag. 00835/00836 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020418





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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180568711

Vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIVANIO ALVES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01499/01500 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060750



Carta nº 13676073



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 com 16 ou 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: **071.004.514-00** Nome completo da vítima: **EDIVANIO ALVES DA SILVA**

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

Nome completo <b>EDIVANIO ALVES DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>071.004.514-00</b>	Profissão <b>RECUSOU</b>
Endereço <b>SÍTIO VAZIA DO ARROZ</b>		Número <b>S/Nº</b>	Complemento <b>DISTRITO GALANTO</b>
Bairro <b>ÁREA RURAL</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.446-000</b>
Email <b>RECUSOU</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 9.8889-3447</b>	

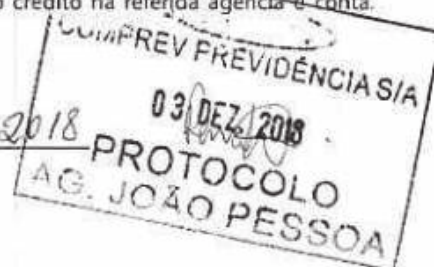
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/> <b>AGÊNCIA</b> NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (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, 29 de Novembro de 2018  
Local e Data

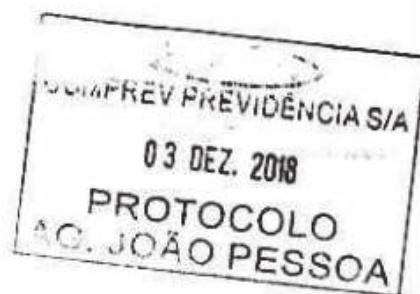


Edivania Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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 com 16 ou 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: 071.004.514-00 CPF da Vítima: 071.004.514-00 Nome completo da vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">EDIVANIO ALVES DA SILVA</span>		CPF titular da conta: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">071.004.514-00</span>	Profissão: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">RECUSOU</span>
Endereço: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SÍTIO VAZIA DO ARROZ</span>		Número: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">S/NR</span>	Complemento: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DISTRITO DE GALANTE</span>
Bairro: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ZONA RURAL</span>	Cidade: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CAMPINA GRANDE</span>	Estado: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PB</span>	CEP: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">58.446-000</span>
Email: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">RECUSOU</span>			Telefone (DDD): <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">(33) 9.889-3447</span>

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (101) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NR:	DIV	CONTA NR:	DIV	AGÊNCIA NR:	DIV	CONTA NR:	DIV
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0041</span>		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00514980</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

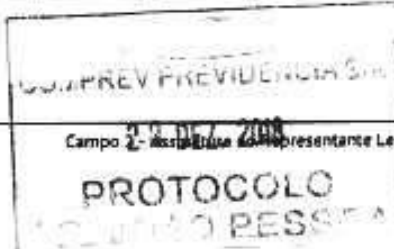
C. GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

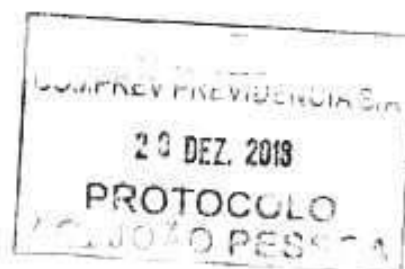
Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 VD01/2017









GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000555/18 registrada em 19/11/2018, que passo a transcrever na íntegra: do mês de novembro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:36 horas, compareceu o Sr. EDIVANIO ALVES DA SILVA, com 31 anos de idade, filho de JOSE ALVES DA SILVA e MARIA DO SOCORRO ALVES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Completo, profissão VIGILANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3123909 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07100451400, residindo à rua SÍTIO VÁRZEA DO ARROZ, S/N, bairro ÁREA RURAL DO DISTRITO DE GALANTE, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h40min do dia 19.08.2018, estava trafegando pela Rodovia PB 100, que liga o Distrito de Galante a cidade de Fagundes/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XRE 300, ano/modelo 2010/2010, de cor vermelha, chassi nº 9C2ND0910AR025690, de placa NIH-8325/PB, licenciada em seu nome (Edivanio Alves da Silva), quando na entrada da cidade o pneu dianteiro da moto derrapou e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTRAN, motivo pelo qual não foi elaborado o Boletim de acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

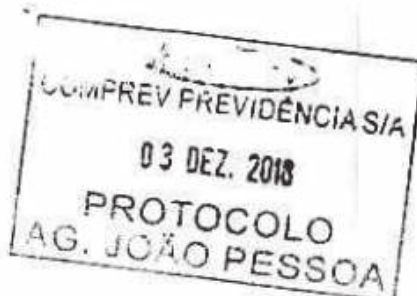
Campina Grande, Segunda-feira, 19 de Novembro de 2018

*Edivanio Alves da Silva*  
EDIVANIO ALVES DA SILVA

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF da Vítima

071.004.514-00

Data do Acidente

19/08/2018

**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:**

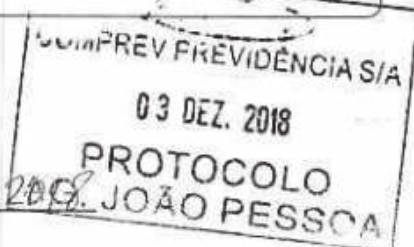
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou 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.

C. GRANDI, 29 de Novembro de 2018

Local e Data



*Edivanio Alves da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11/01/2017









Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192

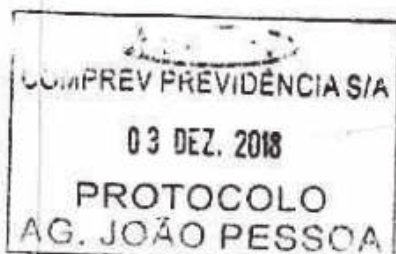


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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:

DATA:	19/8/2018	HORA:	20:17 HRS	ID Nº:	1718498
NOME:	EDIVANIO ALVES DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	NA ENTRADA DA CIDADE - CENTRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	FAGUNDES/ PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 14 de novembro de 2018.



  
Deocleio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



energisat

Ata: 00001130000

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

1995-1996

Two-Eyed View

### Canal de contato

CCI - Preço de Referência - Item	TOTAL	68,24	0,00	0,00	14,38	0,00	2,55
----------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

02/10/2018

RS 56.64

Historico de Consumo (kWh)

94	97	99	100	102	106	110	115
Sep-17	Oct-17	Nov-17	Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18
125	125	125	125	125	125	125	125

RESERVADO AO FISCO

4cb2.b801.072f.0a55.216f.8f89.1584.d235

View on BUSDBest.com 484770

## ATENÇÃO

### Faturas em atraso

Subsample DEC 7, 1964, FRS 13-5  
Let's just think  
part 10/25





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIVANILDO ALVES DA SILVA,

RG nº 3.123.909, data de expedição 02/06/2016 Órgão SSP/PB,

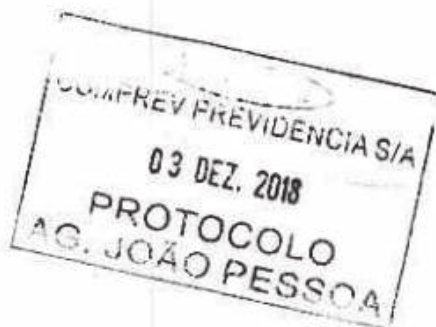
CPF nº 071.004.514-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO VAZIA DO ARROZ</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>DISTRITO DE GALANTÊ</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.446-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE - 29/11/2018

Assinatura do Declarante: EDIVANILDO ALVES DA SILVA





ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 35/A - MARIANTE  
CAMPINA GRANDE/PB CEP 58407-548 (AG 401)

Emissão 08/10/2018 Referência Cnt/2018: 08218-13102-A  
Classe/Subclasse RESIDENCIAL/MONOFÁSICO  
Recibo 3-401-188-3930 Nº medidor 00-05871238

ENE RODA BOMBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Tributação: Campina Grande/PB CEP 58403-700  
CNPJ nº 02.500.000/01-05 Insc Est M 020.034-1

Data Fatura/Conto de Energia Elétrica: 07/11/2018  
Cód. para Cód. Automático: 0100302010

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN  
Out / 2018 08/10/2018 07/11/2018 027.849.034-43  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias		
Data 08/09/18	Leitura 6660	Data 08/10/18	Leitura 6789					
					129	33		
<b>Demonstrativo</b>								
Gratidade Total: Valor Bruto de R\$ 118,54 (R\$ 118,54) Base Calc. Paga(R\$) 118,54								
Tributos Totais(R\$) 118,54 (R\$ 118,54) Paga(R\$) 118,54								
0001	Consumo em kWh	129,16	33,18	27	25,98	90,18	1,04	4,80
0011	ALC B Variável	9,63	9,63	27	2,60	9,63	0,10	0,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIB LIMPUBLICA	12,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 118,54 108,70 26,98 108,70 1,14 5,58

Média últimas meses (kWh)  
134

VENCIMENTO  
17/10/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 118,54

Histórico de Consumo (kWh)  
Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18

6045.333e.3707.3115.25ce.7b48.33bc.522e

Indicadores de Qualidade

Indicador	Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIC 001	10,00	0,00	
DIC 002	10,00	0,00	
DIC 003	10,00	0,00	
DIC 004	10,00	0,00	
DIC 005	10,00	0,00	
DIC 006	10,00	0,00	
DIC 007	10,00	0,00	
DIC 008	10,00	0,00	
DIC 009	10,00	0,00	
DIC 010	10,00	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Quid da Energisa	18,48	15,44
Serviço de Energia	28,33	23,84
Serviço de Transmissão	4,74	3,96
Serviço de Distribuição	8,25	6,96
Serviço de Manutenção e Emergência	47,72	40,28
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	118,54	100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 0,00) 118,54

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**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>.

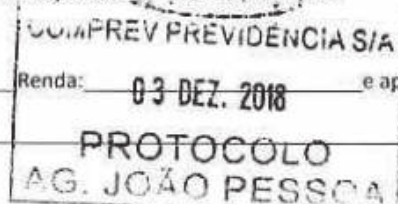
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **027.849.034 / 43**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.004.514 / 00**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o **071.004.514 / 00**, conforme determinação da Circular Susep. 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: **03-DEZ. 2018** 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		Número	Complemento
<b>RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA</b>		<b>25</b>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>MIRANTE</b>	<b>CAMPINA GRANDE</b>	<b>PB</b>	<b>58.407-548</b>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<b>alexandredpvat@hotmail.com</b>		<b>(83) 3342-2471</b>	<b>(83) 9.9128-1980</b>

CAMPINA GRANDE, 29 de **NOVEMBRO** de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

L V001/2017





**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=29536>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **027.849.034 / 43**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.004.514 / 00**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.004.514 / 00**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusou informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		25	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MIRANTE	CAMPINA GRANDE	PB	58.407-548
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
alexandredpvat@hotmail.com	(83) 3342-2471	(83) 9.9128-1980	

CAMPINA GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante



DL DRI\_001\_V001/2017







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/05/2021 12:31:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052012313618200000041279023

Número do documento: 21052012313618200000041279023



GOVERNO DA PARAÍBA

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



#### ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1716419 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 19/08/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: EDVÂNIO ALVES DA SILVA Nascimento: 20/03/1987

Sexo: M Telefone: 986033651

Idade: 031 Bairro: ZONA RURAL

RG: N°-0

CPF: Profissão: VIGILANTE

Data de Atendimento: 19/08/2018 CNIS: 558845

Horário: 21:54:15 CONVENIO: SUS

CRM: Especialidade:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHAS: MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abração 19. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Avulsão 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Incurtamento Venoso  
5. Crepitação 23. Laceração  
6. Der 24. Lesão tendinosa  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empalhamento 26. Mordedura  
9. Erisipela subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Enfiamento 28. Objeto Encaixado  
11. Equimose 29. Oclotopia  
12. F. Alma branca 30. Paralisia  
13. F. Alma de fogo 31. Paralisia  
14. F. Contusão 32. Paralisia  
15. F. Contusão 33. Queimadura  
16. F. Contusão 34. Rinite  
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinus de Inguernia  
18. F. Perfuro-contuso 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIGNOSTICO / CID:

% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RESERVA DE ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

EXAME PRIMÁRIO - D( ) CLÍNICOS

Exame físico com vitas de exame de  
noto capnográfico. Exame de tórax  
com wheezes. Não há sinais de trauma  
aparente. Exame de membros superiores e inferiores.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

Glasgow PA HGT

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA

Especialista: /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RESERVA DE ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RESERVA DE ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

—H— Shakira

3

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

Soma

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Eduardo Alves da Silva		
End:	Bairro: Zona Rural		
Data de Nascimento:	20.03.1987	Documento de Identificação:	94.487.888-9
Queixa:	Cabeça doente		
Data do Atendimento:	19.08.2018	Hora:	21:38
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fútil de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca: 100						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocrada ( ) Pálida						
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca				

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Manayra Cavalcini SF  
COREN-PA 150.114-1

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





- Sutura em  
curo fechado.  
após
- Encominhar  
para ala  
Amarela



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO


Paciente	Exame	Alojamento	Leito	Convênio
<p><b>FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO</b></p> <p>100</p> <p>100</p> <p>Exame Fl do OE GR.</p> <p>+ Re-Ex clareia D.</p>				

[illegible]





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Edmarcio Alves da Silva</b> DN= 20/03/87						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de - Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 03	SUS	31 anos	1716419		
CIRURGIA: <b>Tort. Ginecologica de frut. de 2º dedo da mão esquerda.</b>		CIRURGIÃO: <b>Dr. Juvenio</b>				
ANESTESIA: <b>local</b>		ANESTESIA: <b>o mesmo</b>				
INSTRUMENTADORA: <b>André</b>		DATA: <b>19/08/18</b>		FIM: <b>23h 40</b>		
INÍCIO		FIM				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande *		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagami amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cartilaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml		Mononylon 3-0	
	Thiopental ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fletocorid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Calcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degamante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.		Solução Antiséptica clovidina			
	Lasix amp.		Saco coletor de lixo			
	Medrotilazol.		Seringa desc. 10 ml			
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda			
	Solutanon amp.		Sonda Foley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
	Solu Sódica de Lidocaína 1%		Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
			Tornomina			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
	Agulha p/ raque nº					
	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon 15 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

**PREV-PROVIDÊNCIAS/IA**  
03 DEZ. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Qtd.	SOROS	
	SG Normotérmico fr 500 ml	5F p/ laser
	SG Gelado fr 500 ml	
	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	SG Ring fr 500 ml	
	SG fr 500 ml	
Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Fio de Kirschmann nº 2,5	

**EQUIPAMENTOS**

(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxícapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

**Sabrina + Sueli**  
**CIRCULANTE RESPONSÁVEL**



FELECOLOS = U4      miliz ab 20 e inoab3  
 01/01/17      202      80.0/12  
 Bismarck - 20      tarf ab 20/01/17      tarf 20/01/17  
 amaro C      ab 20/01/17      ab 20/01/17

OPJES      RES.      21/01/17      abno  
 20

0-3      20  
 210  
 1-0

20  
 10  
 10

CONFREV PREVIDENCIA S/A  
 03 DEZ. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA

21/01/17      20  
 10  
 10

2,1 + 20/01/17      20  
 20

X      20  
 X      20  
 20  
 20

X  
 X  
 20/01/17



Assinatura





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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
GOURNIO RUIZ DA SILVA			
Data da Operação	14.03.13	Enf.	Leito
Operador	Dr. Luiz Juarez	1º Auxiliar	Dr.
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador Bruno
Anestesia	Neon	Tipo de Anestesia	Bloc
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura Fechada do 2º S.O.C.			
Tipo de Operação			
HMC + Osteossíntese			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Acesso e Antessaco
2. Drenagem de Cistite Cistite
3. HMC + Sutura definitiva de uretra
4. Cistite local

20

PROTÓCOLO  
03 DEZ. 2018  
JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Data da internação: 19/08/2018 Hora: 22:19:56

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
EDVÂNIO ALVES DA SILVA	1716444
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	20/03/1987
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
83 986033651	VAZIA DO ARROZ, 0, ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICIPAL
Campina Grande	250400
15 - UF	16 - CEP
PB	58400002
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Dor a esquerda 02: joelho Rx: Fx F1 do 02: QDE	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Necessidade de Hx. cirúrg.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exame físico + Rx	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
Fx exp. fém. prox. 02: QDE	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
Ent	02
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	980016294174142
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
TAMMER GOMES DE MORAIS	19/08/2018
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03 DEZ. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	







Data da interação: 19/08/2018 Hora: 22:19:56

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDVÂNIO ALVES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1716444

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/03/1987

9 - SEXO

Masc ☒ Fm ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DD 83 N° DE TELEFONE 986033651

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

VAZIA DO ARROZ, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores abdominais 02 pontos de dor no abdômen.

Exames: Rx RI do 02 QDE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Presença de Hta crônica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exames feitos na

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016294174142

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

TAMMER GOMES DE MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

41 - CEOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COR, ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

UNIFREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA





**Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

### LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Edvanio Alves da Silva**

Endereço: Sitio Vazia do Arroz, Zona Rural, Galante, Campina Grande, PB

**Data do Sinistro:** 19 de agosto de 2018.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto

Socorrido o para Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB.

Apresentando: fratura de clavícula direito, e fratura do 2º dedo da mão esquerda.

**Tratamento:** conservador: imobilização para a fatura de clavícula direita .  
cirúrgico: através de osteossíntese.

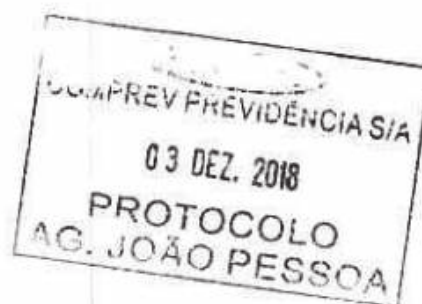
**Sequela apresentada ao exame físico:**

#### **Ombro Direito**

- Fratura viciosamente consolidada
- Limitação para movimento articular do ombro
- Dores aos movimentos do ombro direito
- Deficit de força
- Não consegue pegar em objetos pesados e levantar

#### **Mão Esquerda ( 2º dedo)**

- Limitação no movimento articular extensão e flexão
- Não consegue segurar objetos pesados
- Fratura viciosamente consolidada



**Conclusão:** Sequela do **Ombro Direito** em grau leve com deficit funcional e anatômico em 40%. Sequela na **Mão Esquerda** 50% em grau moderado com deficit funcional e anatômico.

Campina Grande, 19 de novembro de 2018.

*Sonaly de F. Cavalcanti*  
**Dra. Sonaly de F Cavalcanti**  
CREFITO 6637 ABFF 145

Rua, Otaviano Bezerra da Cunha, 81. Prata, Campina Grande, PB, Cel. 83.9.8801.8127



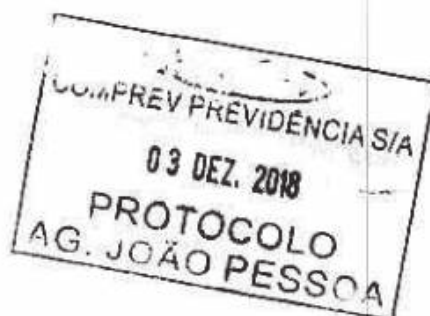
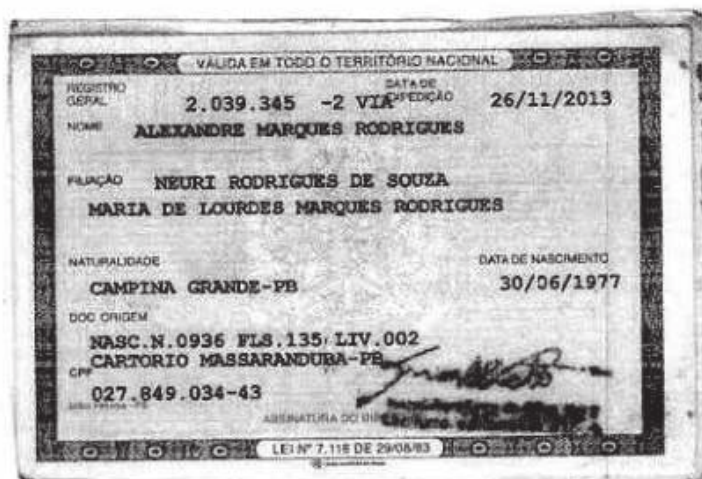




COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA









## Procuração Particular

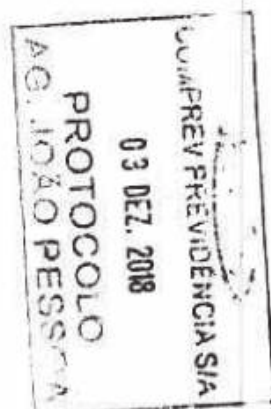
SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte sete (27) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador da carteira de identidade de nº 3.123.909-SSP/PB, e CPF. 071.004.514-00, residente e domiciliado no Sítio Vazia do Arroz, s/nº – na zona rural da cidade de Galante-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, declarações de ausência de laudo do IML, autorização de pagamento, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 27 de Novembro de 2018.



EDIVANIO ALVES DA SILVA  
OUTORGANTE.

**FECHINE**  
SERVIÇO NOTARIAL  
LEGALIZAÇÃO E INTERESSE  
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba  
Rua Marquês do Herval, 56  
Cidade: Campina Grande - PB  
CEP: 57020-000  
Fone: (31) 3521-3002 - fechine@fechine.com.br  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
**EDIVANIO ALVES DA SILVA**  
Em test. da verdade, Campina Grande-PB 27/11/2018 09:43:47.  
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente  
[2018-028276]ENL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,20 FEPU:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AN066070-RL1A  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

Número do Sinistro: 3180568711

Vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF: 071.004.514-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00**

Autorização de pagamento

### 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: 20/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00

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: 03/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00

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: 03/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08045268220208150001

**ITAU SEGUROS S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

**DO LAUDO PERICIAL**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 18 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

