



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
43401 621	20/05/2021 12:31	<u>Petição</u>	Petição
43401 624	20/05/2021 12:31	<u>2741047_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43401 626	20/05/2021 12:31	<u>2741047_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/05/2021 12:31:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052012313560400000041279020>
Número do documento: 21052012313560400000041279020

Num. 43401621 - Pág. 1

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**.

00020418


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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



Carta nº 13676073



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

Num. 43401624 - Pág. 2

**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 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 EDIVANIO ALVES DA SILVA	CPF titular da conta 071.004.514 - 00	Profissão RECUSOU
Endereço SITIO VAZIA DO ARROZ	Número S/Nº	Complemento DISTRITO GALANTE
Bairro ÁREA RURAL	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB
Email RECUSOU	CEP 58.446-000	Telefone (DDD) (23) 9.2889-3447

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)		■ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome: _____ NRO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO: _____ DV: _____ CONTA NRO: _____ DV: _____	
AGÊNCIA NRO: 004	CONTA NRO: 00514980	(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, 29 de Novembro de 2018
Local e Data

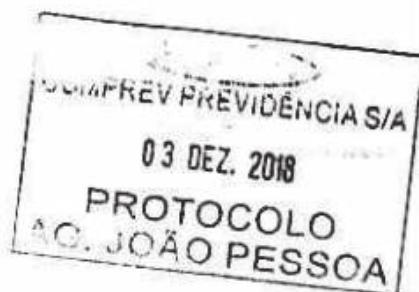
03 DEZ 2018
UNIFREV PREVIDÊNCIAS S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

E. Fávero - Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

Num. 43401624 - Pág. 4



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 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	EDIVANIO ALVES DA SILVA	CPF titular da conta	071.004.514-00	Profissão	RECUSOU
Endereço	SITIO VAZIA DO ARROZ	Número	S/Nº	Complemento	DISTRITO DE GALANTE
Barro	ZONA RURAL	Cidade	CAMPINA GRANDE	Estado	PB
Email	RECUSOU	Telefone (DDO)			
		(83) 9.8889-3447			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUSOU 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: 0041 DV: 00514980 CONTA NRO: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA: NRO: DV: CONTA NRO: DV:
(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

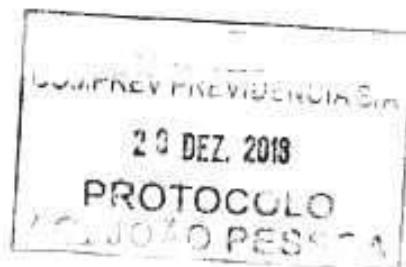
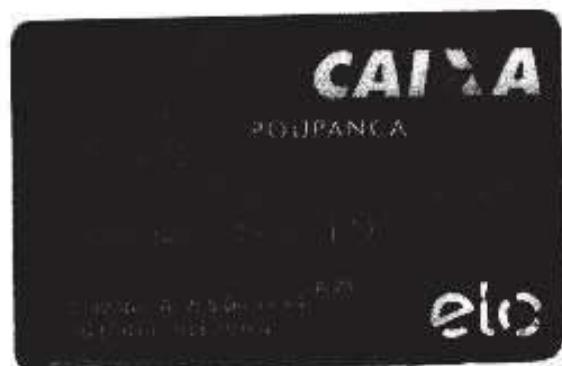
001-PREV PREVIDENCIÁRIO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO

001-PESSOA

FAPPF 001 V001/2017





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 N° 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, aí, 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 N° 3123909 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 n° 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

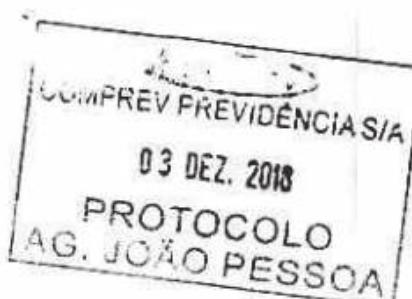
Declarante

José Alberto do Nascimento

SECRETARIA DE SEGURANÇA

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. GRANDE, 29 de Novembro de 2018, JOÃO PESSOA
Local e Data
03 DEZ. 2018
PREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO

EDIVANIO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

21/05/2021





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **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 atende 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 91º 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.

23 DEZ. 2018

PROTOCOLO

C. GOMES, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data:

EDIVANIO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

041.001.0001/2017





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

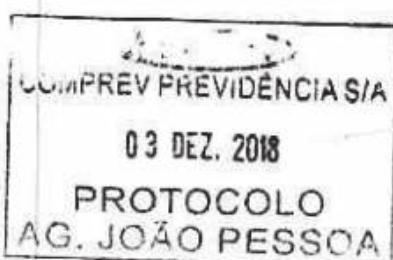


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 14 de novembro de 2018.



Deocleto 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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIVANIO ALVES DA SILVA,

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

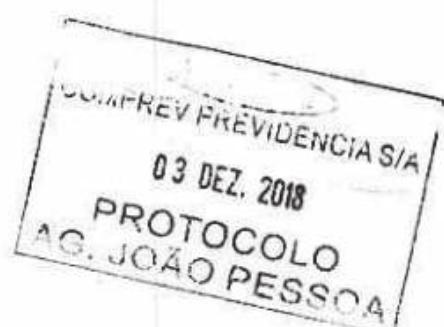
CPF nº 071.004.514-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO VAZIA do ARROZ</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>DISTRITO DE GALANTE</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</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: EDIVANIO ALVES DA SILVA



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUADR SEBASTIAO PEDROSA, 25/A. MIRANTE
CANFIM GRANDE/PB CEP: 58407-548 (AG. 4011)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAB
Out / 2018	08/10/2018	07/11/2018	037.849.034-43

UC (Unidade Consumidora): **4/242066-9**

CCI - Codigos Classificacao do item TOTAL 115,54 106,70 26,88 106,70 1,14 5,3

Média últimos meses (kWh) 134 VENCIMENTO 17/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 118,54

Histórico de Consumo (kWh)											
131	163	151	140	147	149	163	124	122	113	106	107
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jane/18	Fever/18	Março/18	Abri/18	Maio/18	Junho/18	Julho/18	Agosto/18	Set/18
131	163	151	140	147	149	163	124	122	113	106	107

b045.333e.3707.3115.25ce 71mb 320-522-

E2018 - Companhias Gerais				
Indicadores de Qualidade				
	Limites da ACREL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Desempenho
DIC MENSAL DA TANQUEIRÁ	10,02	0,00	INICIAL	230
DE ANUAL	31,26			
DE TANQUEIRÁ	3,90	0,00	CONTRATADA	200
PEF TANQUEIRÁ	18,50		LIMITE INFERIOR	230
PEF ANUAL	3,03	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
DICR	12,22			
				Total
				119,64
				100,00
Valor de EURO (Real 1,00 = R\$ 3,1250)				

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 DR. SEBASTIÃO PEDROSA	Número	25	Complemento
Bairro	MIRANTE	Cidade	PB	CEP
Email	alexandredpvat@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	(83) 3342-2471	Telefone celular (DDD)

CAMPINA GRANDE, 29 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

LV001/2017



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

Num. 43401624 - Pág. 14



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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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:

Recuso informar

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

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

Endereço	RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA	Número	Complemento
Bairro	MIRANTE	Cidade	25
		Estado	CEP
Email	alexandredpvat@hotmail.com	PB	58.407-548

Telefone comercial (DDD) (83) 3342-2471

Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980

CAMPINA GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

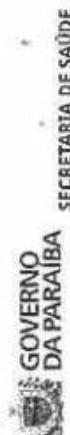
Local e Data

Assinatura do Declarante

AC
PROTOCOLO
19 DEZ. 2018

DLDR.001 V001/2017





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



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. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58452-809 Data: 19/08/2018

Bolema de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: EDVANIO ALVES DA SILVA
Endereço: VAZIA DO ARROZ
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe:

Responsável: RAQUEL
Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:

CRM:

Sexo: M
Idade: 031
RG:

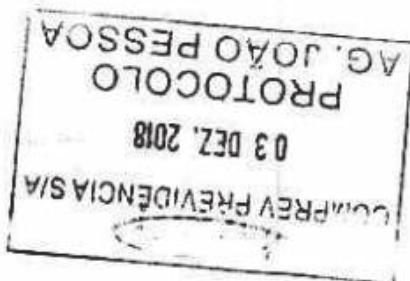
CPF:

Data de Atend: 19/08/2018
Horá: 21:54:15

CONVÉNIO/SUS
Especialidade:



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



Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Eduardo Alves da Silva</i>	End: <i>Rua 1630 do Amor</i>	Bairro: <i>Brasília</i>
Data de Nascimento: <i>22.03.1984</i>	Documento de Identificação: <i>RG 123456789</i>	Documentos: <i>Carteira de Trabalho</i>
Queixa: <i>dores de cabeça</i>	Data do Atend.: <i>19/08/2018</i>	Horas: <i>21:38</i>
Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca: <i>70</i>
Pressão arterial: <i>130x80</i>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial
*Mariazinha Cajuálio S/C
ORDEM DE SÉRIE 100*

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



- Sustina em
curso de clínico
após
- Encaminhar
para a ala
Amarela



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

05
10 05

+ Rx clavícula (D)

Paciente Edilvino Menezes da Silva

Alojamento

Leito

Convênio

		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
01/05/21	01/05/21	1000 mg	SC 01/05/21	10:00	AM	10:00	AM
02/05/21	02/05/21	1000 mg	SC 02/05/21	10:00	AM	10:00	AM
03/05/21	03/05/21	1000 mg	SC 03/05/21	10:00	AM	10:00	AM
04/05/21	04/05/21	1000 mg	SC 04/05/21	10:00	AM	10:00	AM
05/05/21	05/05/21	1000 mg	SC 05/05/21	10:00	AM	10:00	AM
06/05/21	06/05/21	1000 mg	SC 06/05/21	10:00	AM	10:00	AM
07/05/21	07/05/21	1000 mg	SC 07/05/21	10:00	AM	10:00	AM

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO
N.G. JOÃO PESSOA

+ Rx clavícula (D)

10:00

Dr. Tannur Góes de Menezes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 6104

Edilvino

20101 Diret. leuc
jelco.

Diagnóstico: 1º EV 6/16/21
Migração 2/24/19: EV 12/1/21
Clavícula: Concreto 24/10/20
Cintura: Concreto

Dr. Tannur Góes de Menezes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 6104

10:00

Dr. Tannur Góes de Menezes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 6104

10:00

Dr. Tannur Góes de Menezes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 6104

10:00



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Edwario Cilvez da Silva DN = 20103187 QI Sala 03 CONVÉNIO SUS IDADE 31 anos REGISTRO 1716419 CIRURGIA Trat. cirúrgico de frat. de dedo de mto esquerdo. CIRURGÃO Dr. Juvenício ANESTESIA local ANESTESIA O mesmo INSTRUMENTADORA Enduré DATA 19/08/18 INÍCIO 23h FIM 23h40					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Adrenalina amp. 05 Atropina amp. 05 Diazepam amp. 05 Dimore amp. 05 Dolantina amp. 05 Efrane ml 05 Fenequam amp. 05 Fentanil ml 05 Inova ml 05 Ketalar ml 05 Mercaina % ml 05 Nubatin amp. 05 Pavulon amp. 05 Protigmine amp. 05 Protóxido l/m 05 Quelicin ml 05 Rapifen amp. 05 Thionemotal ml 05 Tracrium amp. 05						
Qtd. MEDICAÇÕES Água Destilada amp. 05 Decadron amp. 04 Dipirona amp. 04 Flaxidol amp. 04 Flbetacorid amp. 04 Geramicina amp. 04 Glicose amp. 04 Glucos de Cálcio amp. 04 Haemacol ml 04 Heparina ml 04 Kanakion amp. 04 Lasix amp. 04 Medrotinazol 04 Plastil amp. 04 Prolamina 04 Revivan amp. 04 Siquatanon amp. 04 Cefalotina 1g 04 05 - hidrocaina 1ml					Qtd. SOROS Lâmina de Bisturi nº 23 Lâmina de Bisturi nº 11 Lâmina de Bisturi nº 15 Luvas 7.0 - prestol Luvas 7.5 Luvas 8.0 Luvas 8.5 Oxigênio l/m Poliflux PVPI Degamante ml PVPI Tópico ml Saco Antiséptico Clorhexidina 0.2 Saco coletor de líquido Seringa desc. 10 ml Seringa desc. 20 ml Seringa desc. 05 ml Sonda Sonda Iolley Sonda Nasogástrica Sonda Uretral nº Steridrom ml Torneirinha Vaseline ml Gelcon 18 Latese 05 - lítador	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES Aguha desc. 25 x 7 Aguha desc. 28 x 28 Aguha desc. 3 x 4.5 Aguha p/ raque nº 05 - Álcool de Enfermagem 70% Álcool Iodado ml 01 - Ataduras de Crepon 15 cm Ataduras de Gesada Azul metílico amp. Benzina ml					EQUIPAMENTOS (X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Desfibrilador () Oxicapnógrafo (X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor () Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico	
Sílvana + Sueli CIRCULANTE RESPONSÁVEL						

MOD 865

FEILOS = 11 malte ab und einsetzt
ERFETTEN zuerst 80. mit
einem 10. und einem 10. ab
am 10. und einem 10. ab
Opfer des 18.10. und einer

0-50 40 100

UNIFREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

rossal 1972 —————— 50 minutes ——————

2,5 - mmol/molar auf 80

Viz. an n. z. abdr. 210

۱۰۷ سیارک‌شناسی

10°F

卷之二

N. 2000



GOVERNO DA PARAIBA		PRÉV PREV PREFERÊNCIA S/A
		03 DEZ. 2018
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		PROTOCOLO A.G. JOÃO PESSOA
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Antes da indução da anestesia	IDADE: 31	PRONTUÁRIO: 1716419
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►		
ENTRADA		
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO A SER REALIZADO • CONSENTIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> PAUSA CIRÚRGICA		
CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO		
ANTES DA INCISÃO ►		
<input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: • SAÍDA		
<input checked="" type="checkbox"/> ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA		
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: • SAÍDA		
<input checked="" type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO		
<input type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM		
<input type="checkbox"/> BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO?		
O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE		
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS		
<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?		
<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPOAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?		
<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)		
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
HA QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUASQUER PREOCUPAÇÕES?		
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM		
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA		
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO		
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? X NÃO SIM <input checked="" type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? X NÃO SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL		
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 MILIGRAMAS CRIANÇAS)?		
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SIM <input checked="" type="checkbox"/> PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO		
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
Sabrina Pereira da Silva Técnico de Enfermagem COREN-PB 424.386 Assinatura		





GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Giovanni <i>duas m. Sua</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 19. 03. 18		Enf. <i>Leito</i>
Operador <i>D. Muz Juarez</i>		1º Auxiliar <i>D.</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Romano</i>
Anestesia <i>Neoni</i>	Tipo de Anestesia <i>Bloc</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta do 2º dente</i>		
Tipo de Operação <i>hmc + Osteossíntese</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Possessão e Antissecessão
 2. Desigualdade entre classes econômicas
 3. HNC e Tirocínio gerado pelo desigualdade
 4. Aventura local

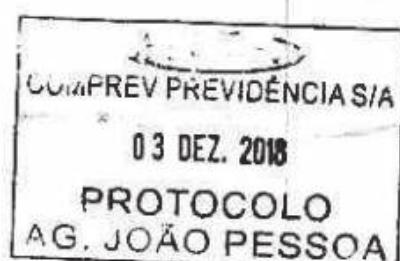
PROTÓCOLO PESQUISA
03 DEZ. 2018
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTO ANDRÉ - SP

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Data da Internação: 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 EDVANIO ALVES DA SILVA			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1716444	
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO 20/03/1987	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
			11 - TELEFONE DE CONTADE DDD 83 N° DE TELEFONE 986033651	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) VAZIA DO ARROZ , 0 , ZONA RURAL				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF 250400 PB 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor a tempo. 11/02/2018. fez doc. 10</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de fto. crv.</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Exame Fis. p/trauma</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame p/trauma</i>			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 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> 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 VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
				38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	43 - AUTÔNOMO	44 - DESEMPREGADO	45 - APOSENTADO	46 - NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - COD. ORGÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF			50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03 DEZ. 2018	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/08/2018			52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	
PREVIDÊNCIA S/A				



Data da internação: 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
EDVANIO ALVES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1716444

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/03/1987

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDA N° DE TELEFONE
83 986033651

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
VAZIA DO ARROZ , 0 , ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF
250400 PB 58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Dor de abdomen 02 dias de evolução.
Rx RX RI do 02 QDE*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de alta cirurg

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Físico normal

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

980016294174142

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/2018

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

TAMMER GOMES DE MORAIS

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CEOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

() CNS

() CPF

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

REV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA



Dra. Sonaly de Fátima 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: Sítio 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.

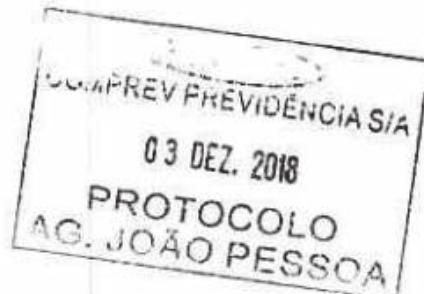
Apresentando: fratura de clavícula direito, e fratura do 2º quirodáctilo da mão esquerda.

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 (2ºdedo)**
- Limitação no movimento articular extensão e flexão
 - Não consegue segurar objetos pesados
 - Fratura viciosamente consolidada



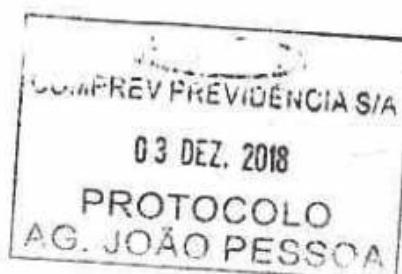
Conclusão: Sequela do **Ombro Direito** em grau leve com deficit funcional e anatômico em 40%. Sequela na **Mão Esquerda** 50% em grau moderado com deficit funcional e anatômico.

Campina Grande, 19 de novembro de 2018.

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

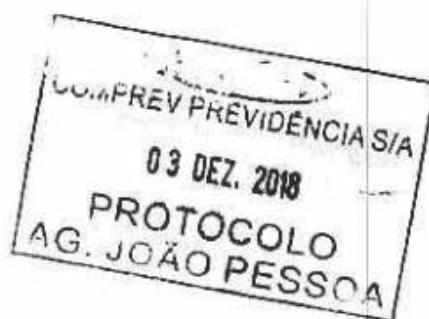
Rua. Otaviano Bezerra da Cunha, 81, Prata, Campina Grande, PB, Cel. 83.9.8801.8127





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

Num. 43401624 - Pág. 30





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

Num. 43401624 - Pág. 32

Procuração Particular

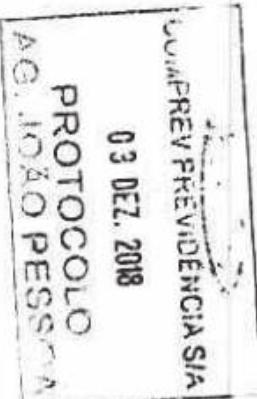
SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte sete (27) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador 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.

Edivânia Alves da Silva
OUTORGANTE.



Em test. da verdade, Campina Grande-PB 27/11/2018 09:43:47
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivão
[2018-028278]ENOL:R\$ 49,48 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 US\$ 0,00
SELO DIGITAL: AH66078-MLA
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: EDIVANIO ALVES DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: EDIVANIO ALVES DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

RENATO LUNA DIAS



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

Num. 43401624 - Pág. 35

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

Vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF: 071.004.514-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: EDIVANIO ALVES DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

RENATO LUNA DIAS



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

Num. 43401624 - Pág. 36



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 Duto 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/05/2021 12:31:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052012313667900000041279425>
Número do documento: 21052012313667900000041279425

Num. 43401626 - Pág. 1

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 inexiste 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, suprareferida, 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/05/2021 12:31:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052012313667900000041279425>
Número do documento: 21052012313667900000041279425

Num. 43401626 - Pág. 2