



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33055860	10/08/2020 12:03	2741047_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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. 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/08/2020 12:03:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081012034089700000031644592>

Número do documento: 20081012034089700000031644592

Num. 33055860 - Pág. 2

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 SÍTIO VAZIA DO ARROZ		Número S/Nº	Complemento DISTRITO GALANTO
Bairro ÁREA RURAL	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.446-000
Email RECUSOU		Telefone (DDD) (83) 9.8889-3447	

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

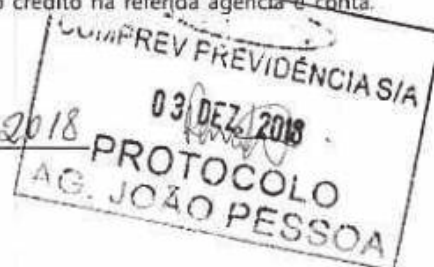
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: <input type="text"/> NRQ: <input type="text"/> AGÊNCIA NRQ: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> CONTA NRQ: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRQ: 0041 D/V: <input type="text"/>	CONTA NRQ: 00514980 D/V: 6
(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

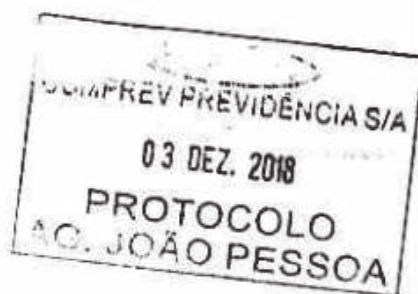


Edivania Alves da Silva

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: **EDIVANIO ALVES DA SILVA** CPF titular da conta: **071.004.514-00** Profissão: **RECUSOU**
Endereço: **SITIO VAZIA DO ARROZ** Número: **S/NR** Complemento: **DISTRITO DE GALANTE**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **CAMPINA GRANDE** Estado: **PB** CEP: **58.446-000**
Email: **RECUSOU** Telefone (DDD): **(33) 9.889-3447**

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (101) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **0041** D/V: **00514980** D/V: **6**
(Informar dígito se existir)

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

BANCO: **RECUSOU** NRO: **RECUSOU**
AGÊNCIA: **RECUSOU** D/V: **RECUSOU** CONTA: **RECUSOU** D/V: **RECUSOU**
(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.

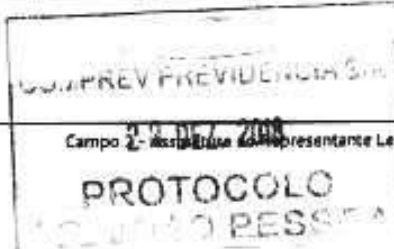
C. GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

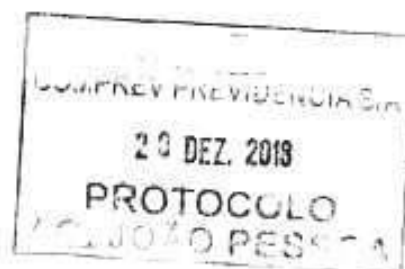
Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECUSOU
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.

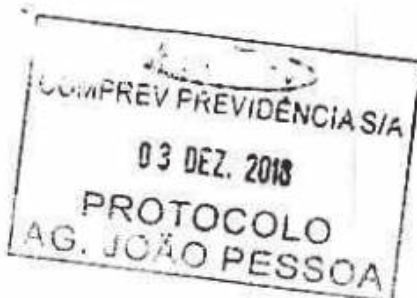
Campina Grande, Segunda-feira, 19 de Novembro de 2018

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:

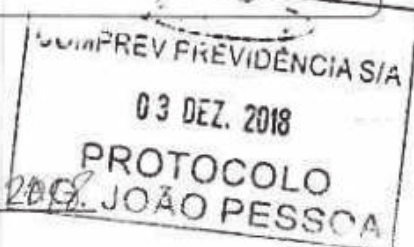
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou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

10/08/2017



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)

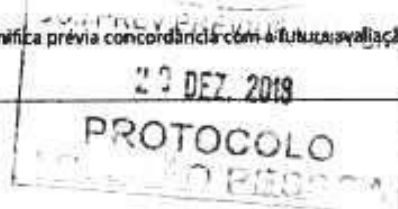
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

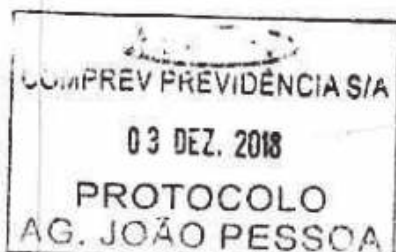


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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.




Deoclecio 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



energis

Ata: 00001130000

Assessor: www.energis2.com.br

693.610.224-60
(type F)

4/113058-2

Canal de contato

CCI - Cód. de Dest. - Qtd. em Item	TOTAL	08.04	0.00	0.00	74.38	0.00	0.00
------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

VENCIMENTO

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

TOTAL A PA
RS 56.64

Histórico de Consumo (Web)

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

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

Discriminación	Valor (R\$)	%
Período de 0 a 3 meses	14,42	28,43
Período de 3 a 6 meses	28,35	43,69
Período de 6 a 12 meses	2,57	5,12
Período de 12 a 24 meses	8,09	17,14
Período de 24 a 36 meses	4,75	9,24
Outros, não especificado	2,22	4,35
Total	50,34	100,00

WFO 008055 (Rev. 7-2010) 451773

ATENÇÃO

1000

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIVANIO ALVES DA SILVA,

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

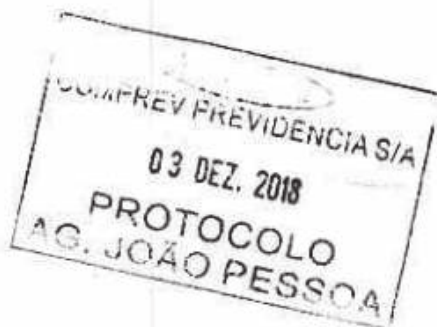
CPF nº 071.004.514-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: EDIVANIO ALVES DA SILVA



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 COAF**².

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

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

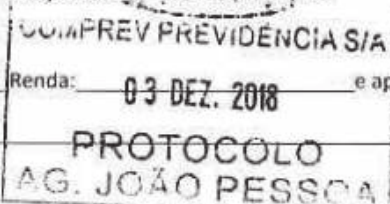
☐ Declaro Profissão:

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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



DL DRI_001_V001/2017



Channing A.

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

()Interação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

Decision Médica

(Jobito

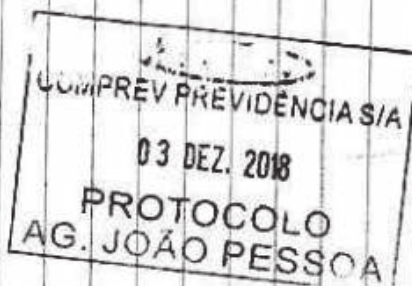
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





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:	Qualquer BB
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: () Normocorada () 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 559734-1

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>FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO</p> <p>10 a</p> <p>10 a</p> <p>Exame Fl do or. GDC.</p> <p>+ Re-Ex clareado (D)</p>				

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edmarcio Alves da Silva</u> DN= <u>20/03/87</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de - Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 03</u>	<u>SUS</u>	<u>31 anos</u>	<u>1716419</u>		
CIRURGIA <u>Tort. Ginecologica de frut. de 2º dedo da mão esquerda.</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Juvenio</u>				
ANESTESIA <u>local</u>		ANESTESIA <u>o mesmo</u>				
INSTRUMENTADORA <u>André</u>		DATA <u>19/08/18</u>	INÍCIO <u>23h</u>	FIM <u>23h40</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calor p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calor. 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	
	Nubain 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 ₂ O ml	01	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	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Solução Antiséptica clovidina	02	SG Normotérmico fr 500 ml	SE p/ lavar
	Lasix amp.	Saco coletor de lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	02	fio de Kirschman nº 2,5	
	01 Lidocaína 5% IV	Sonda Uretral nº			
		Sterydrem 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	05 elásticos			
01	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon 15 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

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

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







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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Goumrio Alves do Silva			
Data da Operação	14.03.13	Enf.	Leito
Operador	Dr. Luiz Juvenice	1º Auxiliar	Dr.
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador Bruno
Anestesia Neon		Tipo de Anestesia	Bloc
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura exposta 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 Antessutura
2. Drenagem de Cisterna
3. HMC + Sutura definitiva do fígado
4. Curativo local

20

PROTÓTIPO DE PREVIDÊNCIA
03 DEZ. 2018
PROTÓTIPO
JOÃO PESSOA

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	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
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° 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, N° 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
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
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
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
Ent	02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° 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
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - N° 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	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO (X) 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 03 DEZ. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	





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 EDVÂNIO 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 CONTATO 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 250400	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Don 1 Defenda 02 quindade mãe @. Rx: Ex RI do 02 QDE</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Presença de Hta crônica</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Exame físico</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ex. exp. Hta crônica</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 <i>Int</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016294174142
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	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CEOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO 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)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> CONFREV PREVIDÊNCIA S/A 03 DEZ. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA </div>		





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.

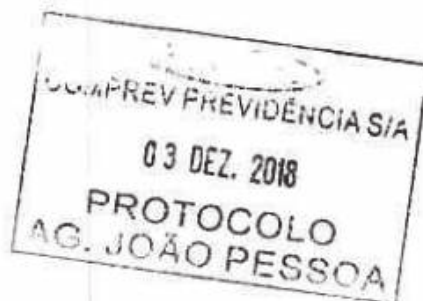
Sequela apresentada ao exame físico:

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

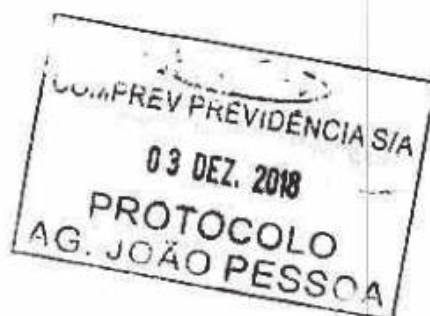
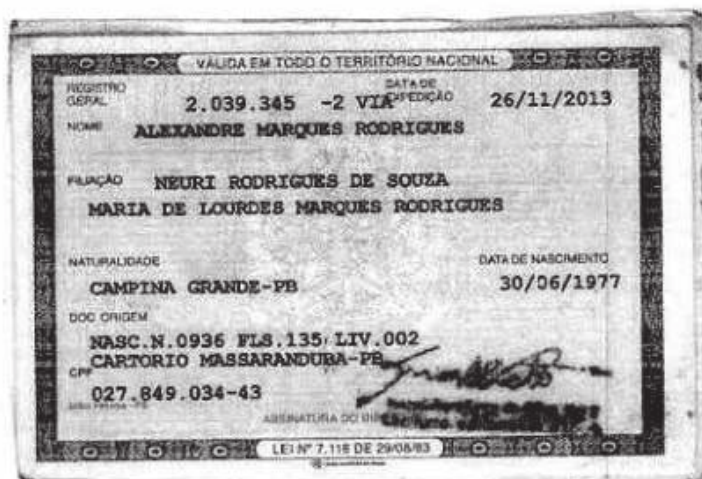
Rua. Otaviano Bezerra da Cunha. 81. Prata. Campina Grande. PB. Cel. 83.9.8801.8127





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







Procuração Particular

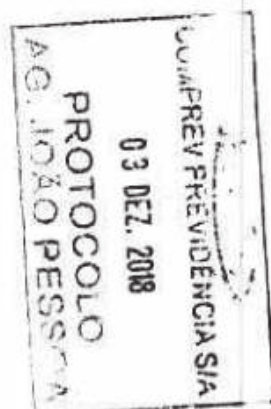
SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte sete (27) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador 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 de Campina Grande - PB
CEP: 57070-000
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\$ 19,40 FAREN:R\$ 0,20 FEPU:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AN066070-1A1A
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 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
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A
Data do acidente: 19/08/2018
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 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

Titular do CPF: EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

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

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

