
Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711253

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALVA ELIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711253

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALVA ELIAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDINALVA ELIAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004203

Conta: 0000001584-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4203 CONTA: 01584 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 04/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

loterias

222-788943065-4

10/AGO/2019

HORA DE 08:58:50

LOT. 13.022669-8

LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE

TERM 048406

AG. VINCULADA: 0044

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
06/08

SALDO

2,46 C

RESUMO EM 09/08
SALDO

2,46

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00

2,46

2,46

222-788943065-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4203 CONTA: 01584 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

loterias

222-788943065-4

10/AGO/2019

HORA DE 08:58:50

LOT. 13.022669-8

LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE

TERM 048406

AG. VINCULADA: 0044

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
06/08

SALDO

2,46 C

RESUMO EM 09/08
SALDO

2,46

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00

2,46

2,46

222-788943065-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00311.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00311.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:53 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edinalva Elias da Silva**, CPF nº 063.609.064-73, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria José da Silva e Milton Elais da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 12/03/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Capuaba, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Sítio Capuaba, na cidade de Cuitê de Mamanguape/PB.

Dados do(s) Fatos:

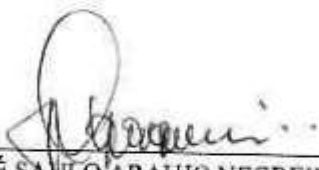
Local: Sítio Capuaba, Sítio Capuaba, Cuitê de Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/07/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

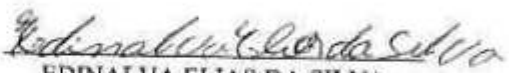
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a comunicante/declarante relata que o seu filho menor de 14 anos de idade, estava pilotando o veículo HONDA/NXR 150 de cor prata, placa: OGF: 3864/PB, Chassi :9C2KD0550ER107322, REGISTRADO EM NOME DE RODRIGO SEBASTIÃO DA SILVA (padastro do menor); QUE relata que o mesmo estava indo a casa da avó quando, quando veio a perder o controle da moto e caído ao chão; QUE o mesmo foi socorrido para o posto de saúde da cidade de Cuitê de Mamanguape e em seguida foi transferido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão em anexo número: 1817/2019, assinado pela médica: Rossana de Fátima Araujo, médica da Vigilância à saúde CRM/PB 3533; QUE não quer representar Criminalmente .

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDINALVA ELIAS DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4203 CONTA: 01584 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

loterias

222-788943065-4

10/AGO/2019

HORA DE 08:58:50

LOT. 13.022669-8

LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE

TERM 048406

AG. VINCULADA: 0044

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
06/08

SALDO

2,46 C

RESUMO EM 09/08
SALDO

2,46

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00

2,46

2,46

222-788943065-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CERTIDÃO

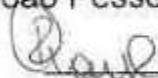
Nº. 1814/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº244811 e Prontuário nº 2019.07.1650 pertencentes ao paciente **JEAN DA SILVA GALVÃO** que foi atendido dia 14/07/2019 às 17h09min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/07/2019 com alta médica dia 23/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de Outubro de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica da Saúde
CRM-PB - 3533

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALVA ELIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04203

CONTA: 000000001584-5

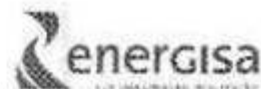
Nr. da Autenticação 12A488834FDCE7B6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Desimagine-se valor fiscal

Documento não é segundária de conta

Para pagar a energia, o pagamento da conta fiscalizadora de energia elétrica - Nº 634.533.602



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.815.829-4

DADOS DO CLIENTE

GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO
RUA PROJETADA S/N
CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

20/11/2019

CONSUMO

47

VENCIMENTO

27/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 80860000003862

Pagador: GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.894-23

RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008861594	001897386201911	27/11/2019	R\$ 38,62	

BENEFICIÁRIO-ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3

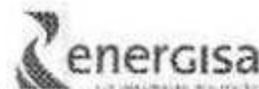


BOLETO PARA PAGAMENTO

Desimagine com valor fiscal

Documento não é segundária de conta

Para pagar a energia, o pagamento da conta fiscalizadora de energia vale a - N° 634.533.602



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.815.829-4

DADOS DO CLIENTE
GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO
RUA PROJETADA S/N
CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	20/11/2019	47	27/11/2019	R\$ 38,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 80860000003862				
Pagador: GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.894-23				
RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008861594	001897386201911	27/11/2019	R\$ 38,62	
BENEFICIÁRIO-ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



enerGISA

Leitas MONDA6 CD
Ola Sec COMINTC B3-COMERCIAL-COMERCIAL
Ryora 11-5-202-425 Retransm N4/2019
Medes 000000767 Brissao 20/11/2019

ENERGISA PARQUE DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-220, Km 25, Canto Retiro - Jato Preto/SP - CEP 05071-500
FONE (011) 337-0001 - 140 - Telex 511010 225 0

Info-Fix: Cardiac Exercise Log 1345034-525 248
Cod. para Dib. Automático: 00019882011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010.942.224-48
1890 Est.

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data		Leitura		Data		Leitura		Data		Leitura	
21/07/19		0533		23/11/19		0857				264	
										30	
000	Descrição	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
		Total: Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Total: Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Total: Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Total: Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Total: Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	
0001	Consumo em kWh	204.00	0.776000	204.00	204.00	78	51.21	204.00	1.73	7.00	
0002	Adc B Amarela			1.74	1.74	26	2.43	1.74	0.01	0.05	
0003	Adc B Verde/br			10.29	10.29	79	3.57	10.29	0.05	0.40	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0004	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA			10.01	3.00	3	0.00	0.00	0.03	0.03	

CC - Código de Classificação do Item	TOTAL	228,97	216,00	-56,21	218,00	1,62	0,98
Tarifa de Trocas	0,565400						

Abstract *Staphylococcus aureus* (S. aureus) is a common pathogen that causes a wide range of infections. The purpose of this study was to determine the prevalence of S. aureus in the nasal cavity of healthy individuals. A total of 100 individuals were recruited from a local community and their nasal cavities were swabbed. The swabs were then cultured on a methicillin-resistant S. aureus (MRSA) agar plate. The results showed that 45% of the individuals had S. aureus in their nasal cavity. The study also found that the prevalence of S. aureus was significantly higher in individuals who had a recent history of hospitalization (p < 0.05). These findings suggest that S. aureus is a common pathogen in the nasal cavity of healthy individuals and that hospitalization may increase the risk of colonization.

27/11/2019

R\$ 229,87

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Oct/19	Nov/19	Dec/19	Jan/20	Feb/20	Mar/20	Apr/20	May/20	Jun/20	Jul/20	Aug/20	Sep/20	Oct/20	Nov/20	Dec/20

37b6 1ac7 d42c.65c1 f4a1.472a.dcd2.c61b

Discriminação		Valor (R\$)	%
Serviço de Contr. de Entrega de	23.84	24.21	
Contrato de Entrega	80.10	81.10	
Serviço de Transporte	8.28	8.43	
Contrato de Transporte	6.34	6.53	
Serviço de Manutenção	17.47	17.80	
Contrato de Manutenção	7.00	7.13	
Total	229.87	100.00	

Valor em R\$ (R\$ 1.000,00 = R\$ 1.000,00)

AVISO

AVISO: Permanecendo em atraso de DEBITOS ATRASADOS, a regularização e a suspensão do fornecimento poderã ocorrer a qualquer momento, sem ônus de prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Assinatura conf. enviada

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 03150 244006 07475 127176 5.80860000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA / CPF/CNPJ: 010.942.22445
 R. MAGRETE DE JESUS COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - VANDABEIRA - JARDIM PERISSICA / PE CEP: 5505339

Vasso Nr	Nº Documento	Data de vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
41503441007415127	00-628261201211	27/11/2019	R\$ 229,87	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1566 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 Alexandrina Cesar Duarte
inscrito(a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Jeandá Silva Galvão inscrito(a) no CPF sob o Nº 191.251.487/70
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jeandá Silva Galvão
inscrito(a) no CPF sob o Nº 191.251.487/70 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/12/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 244811 Atd: Nao Regulad
Data: 14/07/2019
Hora: 17:09:41
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEAN DA SILVA GALVAO Num. de vezes atendido: 1
CNS: 704807541721441 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 7926 Fone: 981222908
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 19/08/2004 Id: 14 ano(s)
End.: SITIO CAPUABA, 00
Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB
Mae: EDINALVA ELIAS DA SILVA Pai: JOSE HILDO BARBOSA GALVAO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JEAN DA SILVA GALVAO
Tel/Doc. Responsavel: 981222908 / CERTIDAO DE NASC.: 7926
Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POSTO DE SAUDE DE CUITE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM CUITE DE MAMANGUAPE/CONDUTOR

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

1 MA EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Refere queda de moto há três horas
apresenta uso de capote. Make TCE, trauma
torácico, em abdome. Supina trauma e
Diagnostico auto-moto [] Condutor [] Sobrevivente

Prescrição

Horario da medicacao

Indicação saúde
7ano/3ml, 14, an 17:55

MARCELO IGOR A. GRANJEIRO
CIRURGIÃO GERAL
RQE Nº 6026
MGPB 12321

Alto orange genl.

14/07/13 ps ORTOPEDIA

Ref. história de acidente de moto,
quebrando dor + edema em antebraço
ao Rx, presença de fratura do ant

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD. ① Enten

Ho. im

② Anor em

in

manis

Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 98900
RUBRICA 16216

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVC

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João da Silva Gomes Data da Admissão: 14/10/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor em anca esquerda

HDA: HT. nativo de trauma/cadente de motocicleta, apresentando dor e edema em anca esquerda

Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9690
TEFO: 10218

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Distúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

☐ HAS ☐ DM ☐ TB ☐ HEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taip☐ Trauma ☐ Neo ☐ Tabagismo☐ Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidernias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

do RX, seleção de
ossos em antro
articular

Hipóteses Diagnósticas:

RX: ossos do antro

Conduta:

Tratamento p/ Rx. único

Dr. Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.000
TETO: 1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia***APOSIÇÃO DE GARROTE***Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***INCISAO ÚNICA DA ULNA + INCISAO DE ANTERIOR DE ANTEBRAÇO D.***Achados:***FX DE DIAFISARIA DE RADIO E ULNA***Conduta:***REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CORTICAIS DE DIAFISE DE RADIO**REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CRTICAIS DE DIAFISE DE ULNA**LAVAGEM EXAUSTICA COM SORO 0,9% ABUNDANTE***Fechamento:***Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele***Curativo***Retirada de garrote de membro superior**Observada boa perfusão periférica**Tala axilopalmar gessada***OBS:**Data: 22 / 07 / 2019

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Cyrine de Silva Góes		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	24/7/19	DATA DE ALTA	21/7/19	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
------------------	---------	--------------	---------	----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL	Falta de sono do autismo	CID	
---------------------	--------------------------	-----	--

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O Meno		
------------------------	--------	--	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS			
---------------------	--	--	--

PRINCIPAIS EXAMES	Rx + Exame físico		
-------------------	-------------------	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO	PAFI		
------------------------	------	--	--

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
---------------------------	--	--	--

ANATOMIA PATOLÓGICA			
---------------------	--	--	--

INFECÇÃO P.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☐ NÃO
---------------	------------------------------	---	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA					
-------------------------	--	--	--	--	--

CONDIÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

DIETA:	Lup	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
--------	-----	----------------------

REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
-----------------------------------	---

MEDICAÇÕES PARA CASA:	
-----------------------	--

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. André Oliveira em 30 dias para revisão.

DATA	23/7/19.	ASS. MÉDICO / CRM
------	----------	-------------------



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

191.251.487-70

Nome

JEAN DA SILVA GALVAO

Nascimento

19/08/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIBA

COMARCA DE MAMANGUAPE

MUNICÍPIO DE QUITÉ DE MAMANGUAPE

DISTRITO DE QUITÉ DE MAMANGUAPE

[Assinatura] do Registro Civil
Margarida Rodrigues de Bulhões

Nascimento N.º 7.926

CERTIFICO que, às fls. 244v, do livro n.º A-8, de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de JEAN DA SILVA GALVÃO

nascido aos dezenove (19) de agosto (08) de dois mil e quatro (2004) às 17 horas e 15 minutos, em Mamanguá, s- PB, no Hosp. Mat. Municp. n.º Sr.ª do Rosário

do sexo masculino

filho de José Hilário Barbosa da Silva

natural de João Pessoa- PB

e da Dona Edinalva Elias da Silva

natural de Sítio Arroz, s/Mamanguapé-PB, sendo ele casado e ela solteira, ambos agricultores.

Sendo avós paternos José Adelino Galvão

e Dona Maria Barbosa Galvão

paternos Milton Elias da Silva

ou Maria José da Silva

Foi declarante O próprio pai

e serviram de testemunhas Aderaldo Gomes de Souza e Eduardo Silveira de Souza, brasileiros, residentes neste s- PB

Observações: Esta é a 1.ª Certidão.

X:

X:

X:

X:

X:

O referido é verdade e dou fé.

Quitê de Mamanguapé

21 de

agosto

de 2004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P194



Edinalva Elias da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3267525 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/05

NOME EDINALVA ELIAS DA SILVA
Milton Elias de Silva
FILIAÇÃO Maria José da Silva

Mamanguape, PB 12.03.1980
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. N.º 1.499-Fls. 38 Liv. A-3.
DPC ORIGEM
Cart. Cuié de Mamanguape, PB
DPC 063.609-064-73

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711253 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711253 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Edinalva Elias da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Projeto de nº SN, bairro Área rural, Município de Cuité de Mamanguape, Estado de(o) PB, Cep 58289-000, portador(a) do Rg nº 3267525, SSP/PB e CPF nº 063.609.064-73.

Outorgado: Alexandra Gusar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal F. Certe Duarte nº 151, bairro Mamangaba, Município de Paraná, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jean da Silva Galvão, ocorrido em 14/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cuité de Mamanguape 08 de agosto de 2019.



Edinalva Elias da Silva
Outorgante
CPF Nº 063.609.064-73

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461084/19

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

CPF: 191.251.487-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEAN DA SILVA GALVAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

EDINALVA ELIAS DA SILVA : 063.609.064-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JEAN DA SILVA GALVAO : 191.251.487-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA