



Número: **0838679-92.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDRIZIO BORGES DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33987 245	04/09/2020 10:07	2747925_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180556140**
Vítima: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**
Data do Acidente: **13/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556140**.

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 13651430

Pag. 00901/00902 - carta_01 - INVALIDEZ



00020451





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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180556140

Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Data do Acidente: 13/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00719/00720 - carta_02 - INVALIDEZ

00060360



Carta nº 13723270



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	668.126.907-91	Edúzio Borges da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edúzio Borges da Silva	668.126.907-91	Aposentado
Endereço	Número	Complemento
João Gomes Ferreira	51N	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Magé	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58375000	

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"/> RECURSO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: João NRO: 341	
AGÊNCIA NRO: (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO: 6824 D/V: (Informar dígito se existir) CONTA NRO: 09435 D/V: 0 (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.

João Pessoa 22 de novembro de 2018
Local e Data

X Edúzio Borges da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 02215.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02215.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 16 de novembro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edrizio Borges da Silva**, CPF nº 668.126.907-91, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria José da Silva e Pai Não Declarado, natural de Mogeiro/PB, nascido(a) em 16/12/1963 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) José Gomes Ferreira, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Pedrinho da Cruz, na cidade de Mogeiro/PB, telefone(s) para contato (83) 98193-4128.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 408, Mogeiro de Baixo, Mogeiro/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/06/18 13:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: QFY 9007/PB, chassi nº 9C2KD0810HR400436, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo conduzia normalmente o seu veículo quando a mesma veio a derrapar e cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido por terceiro para a Unidade Móvel de Urgência da cidade de Mogeiro e encaminhado para complexo Hospitalar de Mangabeira através do SAMU - conforme certidão nº 1485/2018, datado de 17/10/2018, assinado pela médica Dr.ª Rosângela Medeiros Escorel Almeida-CRM-PB 3883; QUE não quer representar criminalmente

ADENDO(S):

Que na data 16/11/2018, à(s) 09:57 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: DATA DE NASCIMENTO DO NOTIFICANTE, ONDE SE LER 16/12/1963, É PARA SE LER 17/12/1963.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 02215.01.2018.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 16 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDRIZIO BORGES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02215.01.2018.1.00.420

2/2



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

Casos com vítima interdita 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 <i>Odúzio Borges da Silva</i>	CPF da Vítima <i>668.126.907-91</i>	Data do Acidente <i>13/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

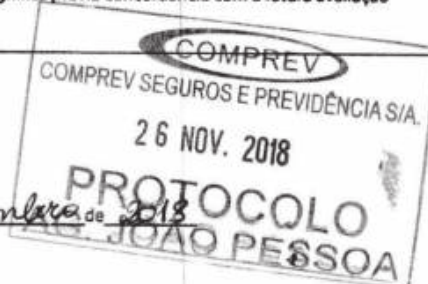
Dedaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Dedaro 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.



João Pessoa 26 de novembro de 2018

Local e Data

X: Odúzio Borges da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGEIRO - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE MOGEIRO
CNPJ: 10.664.047/0001 - 03 FONE: 83 32661201
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - UNIDADE MISTA DE SAÚDE
MOGEIRO - PB

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para todos os fins de direito, que na data de 13 / 06 / 2018, fomos acionados para atender o Sr. (a) Edúzio Borges da Silva, vítima de acidente de trânsito, oportunidade em que dirigia uma moto na cidade de Mogero e ao chegar no local, o paciente se encontrava na unidade mista de saúde, consciente, orientado, alcoolizado, com suspeita de fratura em tíbia esquerda (com edema e deformidade). Realizado imobilização MTE, drenagem, e monitorado o paciente para o ortotrauma em São Lucas. ID: 2102109, Hora: 13:15 min.
(descrever de forma minuciosa as condições em que se deu o atendimento, indicando, se for o caso, a ocorrência de transporte para hospital, óbito, etc.)

DECLARAMOS, por último, que estamos cientes das penalidades contidas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.



Adriana Correia de Oliveira
COORD. DO SAMU
USP-60
Mogero 10162197

Adriana Correia de Oliveira
COORDENADORA DO SAMU

SAÚDE

UN24h
EMERGENCIA





FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SECRETARIA DE
SAÚDE
de MOGI GUAÇU
Gerando cuidado da Gente

CHAMADA (Telefonista)	Nº <u>2302405</u>	DATA: <u>430618</u>	HORA: <u>13</u> h <u>15</u> min.					
	Médico(a) Regulador(a) Dr.(a) <u>Juliana</u>	CRM: _____						
MOTIVO:	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO* <input type="checkbox"/> OUTRO*							
Solicitante: _____		Telefone: _____						
Município de Origem: <u>Mogi Guaçu</u>								
SOCORRO (Téc. em Regulação)	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE	OBSERVAÇÕES					
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<u>fratura de tíbia</u>	Nº de Vítimas? <u>01</u>					
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO		Há quanto tempo? _____					
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO		IG _____					
<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO								
PACIENTE (Téc. em Regulação)	Nome Completo <u>Christina Borges da Silva</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Anos <u>54</u>					
	Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, Nº, APT., Bairro, Ponto de referência) <u>Unidade mista - Mogi</u>							
Nº do Documento _____		Nº do Cartão do SUS se houver _____						
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Médico Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA			
	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Ouvido	<input type="checkbox"/> Abdominal			
	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Superficial	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nariz/Boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia			
	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica ou Abdominal em idoso			
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Não Respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Outro _____			
	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande				
			<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Outro _____				
			<input type="checkbox"/> Não Sabe					
	TRABALHO DE PARTO	TRAUMA						
	<input type="checkbox"/> 01 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda da própria altura	<input type="checkbox"/> PAB				
<input type="checkbox"/> 1 - 3 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Acidente Ciclístico	<input type="checkbox"/> Queda de Altura Inf. a 4 m	<input type="checkbox"/> PAF					
<input type="checkbox"/> 3 - 5 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Acidente Motociclista	<input type="checkbox"/> Queda de Altura sup. a 4 m	<input type="checkbox"/> Capotamento					
<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Acidente Automobilístico	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Encarceramento					
<input type="checkbox"/> Bolsa Rota	<input type="checkbox"/> Outros <u>Queda de moto</u>		<input type="checkbox"/> Queimaduras					
<input type="checkbox"/> Sangramento								
<input type="checkbox"/> Nascimento								
GRAVIDADE PRESUMIDA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA					
	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> UT	<input type="checkbox"/> RÁPIDO			
	HORÁRIOS	Comunicação	Partida	Local	Partida do Local	Destino	Retorno	Base / Sem
	EQUIPE	Médico(a)	<u>Sabrina</u>		Téc. de Enfermagem	<u>Tiago</u>		
APOIO SOLICITADO	<input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Defesa Civil					
	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> Polícia Civil	<input type="checkbox"/> INFRAERO					
	<input type="checkbox"/> SITRANS	<input type="checkbox"/> Pol. Rod. Federal	<input type="checkbox"/> IML					
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Recusou Remoção	<input type="checkbox"/> Outros _____					
	<input type="checkbox"/> Recusou Atendimento	<input type="checkbox"/> Óbito no Local						
	<input type="checkbox"/> Não se Encontra no Local	<input type="checkbox"/> Óbito no Transporte						



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>

Número do documento: 20090410071761800000032512311

AValiação no Local da Ocorrência
(No cenário do Acidente)

ACIDENTE DE TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Acidente com Automóvel	<input type="checkbox"/> Uso do Cinto	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fer. P/ Arma Branca
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Fer. P/ Arma de Fogo
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Acidente com moto	<input type="checkbox"/> Espancamento
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Com Capacete	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> "Air Bag"	<input type="checkbox"/> Sem Capacete	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente ?
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Banco Dianteiro	<input type="checkbox"/> Altura Aprox. _____	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Banco Traseiro		

AValiação Inicial

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M. V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicário	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M. V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicárdio	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Traquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Macicez	<input type="checkbox"/> Perfusão Periférica ≥2	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Apnéia			<input type="checkbox"/> Otorrêia
<input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Otorragia
			<input type="checkbox"/> Rinórreia
			<input type="checkbox"/> Rinórragia

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	PA mm/hg	FC mm/hg	FR Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	ECG	APGAR
INÍCIO	110/30	78	18	96	-	168	-	-
FIM	-	-	-	-	-	-	-	-

AValiação Secundária

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Abaulamento	<input type="checkbox"/> Ferimento Ocular	<input type="checkbox"/> Desvio de Traquéia	<input type="checkbox"/> Resp. Paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante		<input type="checkbox"/> Enfisma Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Cianótica					<input type="checkbox"/> Evisceração

PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Luxação
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Fratura Fechada
		<input type="checkbox"/> Fratura Exposta
		<input type="checkbox"/> Amputação

AValiação Cardíaca	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Fibrilação Átria	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Fibrilação Ventricular	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso
<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Infecciosa	
	<input type="checkbox"/> Obstétrica	
	<input type="checkbox"/> Pediátrica	
	<input type="checkbox"/> Outra	

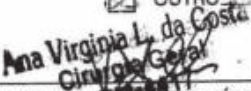
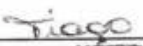
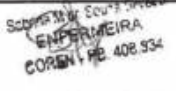
GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO
☐ SEVERA

☐ PEQUENA
☐ MORTE

☐ MÉDIA
☐ INDETERMINADA



PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Aspiração de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Cânula Nasal / Orofaríngeana <input type="checkbox"/> Entubação Traqueal <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> Via Nasal </div> <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Punção Venosa <input type="checkbox"/> Dissecção Venosa </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Toracocentese <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <div style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção <input type="checkbox"/> Intra-Ósseo </div> <input type="checkbox"/> Ventilação <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> Cardioversão </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> KED <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização <u>tubo orotraqueal</u> <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Outros _____ </div> </div>					
TERAPÉUTICA INSTITUÍDA	REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	HORÁRIO
	RINGER LACTATO	500 ml	-	-	EV	13:40
	SOL. FISIOLÓGICO 0,9%					
	SOL. GLICOSADO 0,5%					
	OUTRO					
DESTINO DO(A) PACIENTE	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ISEA <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> CLIPSI <input type="checkbox"/> HOSP. UNIVERSITÁRIO <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> HOSP. DA CRIANÇA </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> HOSP. ANTÔNIO TARGINO <input type="checkbox"/> HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA <input type="checkbox"/> HOSP. JOÃO XXIII <input type="checkbox"/> HOSP. PEDRO I <input type="checkbox"/> HOSP. DR. MAIA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <u>Centro de Trauma - Trauma da</u> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO) </div>					
PERTENCES DO PACIENTE	Descrição: _____					
	Nome do Receptor: _____					
	Função do Receptor: _____					
	Assinatura do Receptor: _____					
TERMO DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU / Mogeiro - PB nesta oportunidade:					
	Assinatura do paciente responsável: _____ PB _____					
EQUIPE	<div style="text-align: center;">  <u>TIAGO (condutor)</u> MÉDICO DA VIATURA </div>			<div style="text-align: center;">  ENFERMEIRA COREN/PB 408.934 ENFERMAGEM </div>		



EVOLUÇÃO CLÍNICA E TRAUMATOLÓGICA

Paciente vítima de queda de moto, encontrada na
ruada: moto local, constante, acidentado, estabilizado,
sem suspeita de fratura em tórax esquerda (sem
deformidade). Realizada imobilização de membro
inferior esquerda, auto imobilização (equipada VM) e
fita a conexão para o trauma - JP.

Schirwa M. de Souza Silva
ENFERMEIRA
COREN-PA 406.534

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO

ESCALA DE COMA GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA				
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (men/mg)	10-24	4	
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3		25-35	3	
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2		≥36	2	
	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1		01-09	1	
MELHOR RESPOSTA ORAL	Orientado	Balbucia	5		0	5	
	Confuso	Choro Irritado	4	PRESSÃO SISTÓLICA (MOV. / MIN.)	>90	4	
	Palavras Inapropriadas	Choro a dor	3		70-89	3	
	Sons ou Gemidos	Gemido a Dor	2		50-59	2	
	Nenhum	Nenhum	1		01-49	1	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece Solicitações	Movimentos Espontâneos	6		0	6	
	Localizar Dor	Retira ao Toque	5	ESCALA GLASGOW	14 a 15	5	
	Flexão Normal	Retira a Dor	4		11 a 13	4	
	Flexão Anormal	Flexão Normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a Dor	Flexão Anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhum	Nenhum	1		3 a 4	1	
ESCALA DE COMA GLASGOW			15	ESCORE TRAUMA			



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/01/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDRIZIO BORGES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06824

CONTA: 000000009435-0

Autenticação:

47C40D1BEB22590A32F86947B5D49C45AFF5320C25562F4E5C271C4D3A22EF5F



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 PLACAS E FOLHAS CONTADORIA 1171 SALA 20 - MARACÁ
 JOÃO PESSOA - PB CEP 58040-000
 CNPJ 07.019.019 - Registro em 02/08
 Comércio Atacadista - Comércio de Energia
 Rua 12 - 1 - 112 - 450 - Maracá - 58040-000



ENERGISA S.A. - Distribuidora de Energia S.A.
 CNPJ 07.019.019 - Registro em 02/08
 Rua 12 - 1 - 112 - 450 - Maracá - 58040-000

Telefone para Contato: 0800 083 0196
 Cid para Cid Automática: 001683587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
Demonstrativo				
001 - Energia	Leitura de Tensão	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Consumo (kWh)
002 - Consumo em kWh	120.000.000.000	180.45	150.45	45.11
003 - Adic. B. Energia	4.75	4.75	1.18	4.75
004 - Adic. B. Energia	3.00	3.00	0.85	3.00
UNICOMUTOS E SERVIÇOS				
005 - CONTRA SERVIÇO PÚBLICA	11.24	0.00	0.00	0.00

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018 R\$ 198,62

Histórico de Consumo (kWh)

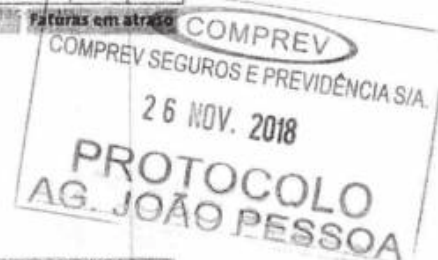
0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
110V	110V	NORMAL
120V	120V	CONTRATADA
130V	130V	CONTRATADA
140V	140V	CONTRATADA
150V	150V	CONTRATADA
160V	160V	CONTRATADA
170V	170V	CONTRATADA
180V	180V	CONTRATADA
190V	190V	CONTRATADA
200V	200V	CONTRATADA

ATENÇÃO

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh	180.45	90.85
Adic. B. Energia	4.75	2.44
Adic. B. Energia	3.00	1.51
CONTRATADA	11.24	5.70
Total	198.62	100.00



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018 R\$ 198,62

8384000001-1 98620149300-0 16983582018-7 11400005019-4



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 PLACAS E FIOS CONTADORIA LTDA - SALA 20 - VILA SERRA
 JOÃO PESSOA - PB - CEP 58040-000
 CNPJ 07.111.111-11 - R. Almeida - 1000
 CNPJ 07.111.111-11 - R. Almeida - 1000



ENERGISA S.A. - COTRAN - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 CNPJ 07.111.111-11 - R. Almeida - 1000

Telefone para Contato: 0800 083 0196
 Cid para Cid Automática: 0001683587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
Demonstrativo				
001 - Energia	180.45	180.45	0.00	7.35
002 - Consumo kWh	180.45	180.45	0.00	7.35
003 - Adic B Energia	4.75	4.75	0.00	0.00
004 - Adic B Energia	0.00	0.00	0.00	0.00
UNICOMUTOS E SERVIÇOS				
005 - CONTRA SERVIÇO PÚBLICA	11.24	0.00	0.00	0.00

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018 R\$ 198,62

Histórico de Consumo (kWh)

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
110V	110V	110V
127V	127V	127V
138V	138V	138V
147V	147V	147V
156V	156V	156V
165V	165V	165V
174V	174V	174V
183V	183V	183V
192V	192V	192V
201V	201V	201V
210V	210V	210V
219V	219V	219V
228V	228V	228V
237V	237V	237V
246V	246V	246V
255V	255V	255V
264V	264V	264V
273V	273V	273V
282V	282V	282V
291V	291V	291V
300V	300V	300V
309V	309V	309V
318V	318V	318V
327V	327V	327V
336V	336V	336V
345V	345V	345V
354V	354V	354V
363V	363V	363V
372V	372V	372V
381V	381V	381V
390V	390V	390V
399V	399V	399V
408V	408V	408V
417V	417V	417V
426V	426V	426V
435V	435V	435V
444V	444V	444V
453V	453V	453V
462V	462V	462V
471V	471V	471V
480V	480V	480V
489V	489V	489V
498V	498V	498V
507V	507V	507V
516V	516V	516V
525V	525V	525V
534V	534V	534V
543V	543V	543V
552V	552V	552V
561V	561V	561V
570V	570V	570V
579V	579V	579V
588V	588V	588V
597V	597V	597V
606V	606V	606V
615V	615V	615V
624V	624V	624V
633V	633V	633V
642V	642V	642V
651V	651V	651V
660V	660V	660V
669V	669V	669V
678V	678V	678V
687V	687V	687V
696V	696V	696V
705V	705V	705V
714V	714V	714V
723V	723V	723V
732V	732V	732V
741V	741V	741V
750V	750V	750V
759V	759V	759V
768V	768V	768V
777V	777V	777V
786V	786V	786V
795V	795V	795V
804V	804V	804V
813V	813V	813V
822V	822V	822V
831V	831V	831V
840V	840V	840V
849V	849V	849V
858V	858V	858V
867V	867V	867V
876V	876V	876V
885V	885V	885V
894V	894V	894V
903V	903V	903V
912V	912V	912V
921V	921V	921V
930V	930V	930V
939V	939V	939V
948V	948V	948V
957V	957V	957V
966V	966V	966V
975V	975V	975V
984V	984V	984V
993V	993V	993V
1002V	1002V	1002V

ATENÇÃO

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

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018 R\$ 198,62

8384000001-1 98620149300-0 16983582018-7 11400005019-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Alexandra Genar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754 / 74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edizio Borges da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 668326907 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Total da Vítima
Edizio Borges da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 668326907 / 91, 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>R. Agente Fical</u>	Número	<u>157</u>	Complemento	
Bairro	<u>Changabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CPF	<u>668326907-91</u>
				Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 10 de Dezembro de 2018
Local e Data

Alexandra Genar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 1485/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 136422 e Prontuário nº 2018.06.001754 pertencentes a **EDRIZIO BORGES SILVA** que foi atendido dia 13/06/2018 às 15H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/06/2018 com alta médica dia 22/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 136422 Atd: Nao Regular
Data: 13/06/2018
Hora: 15:28:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.06.001754

CNS: 704207221029186 Sexo: M IDENTIDADE: 073845356 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/12/1963 Id: 54 ano(s)

End.: R-JOSE GOMES FERREIRA, OFONE 021998304142

Bairro: CENTRO Cidade: MOGEIRO UF: PB

Mae: MARIA JOSE DA SILVA

Pai: IGNORADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SAMU+A IRMA (SALETE BORGES)

Tel/Doc. Responsavel: 192 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Tipo de transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (CONDUTOR) AS 13HS

Vitima de violência por: *PROX. A SUA CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEIXA DE MOTO

TRAZIDO PELO SAMU

Paciente com história de acidente de motocicleta há + 3hr (queda) queixa-se de dor na perna.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nega perda de consciência, vômitos e tonturas. Geassou 15.

Nega cervicalgia

Diagnostico

Conduta

Nega queixas torácicas; não apresenta des-

Prescrição conforto respiratório Horário da medicação

Nega queixas abdominais.

Não tem sinais de fraturas em MMSS.

Nega alergia medicamentosa; patologias pr-



exonados em perna E, falho E e.
pe E.

As xame: EGR, eufreico, corado; acrometia;
LOTE; estavel.

Nega VAS

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

conduta = consulta energética + cuidados
sol. Rx de perna E, falho E e
bomozelo E.

Sol. Parecer da ortopedia

liberado da ci. geral

tetanusgamm - sempre

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ORTOPEDIA

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

OP: dor em perna E. Por trauma direto.

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Salete Borges da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Nome: <i>Edrízio Borges da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>54a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>20 /06 /2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>			2º Assistente: <i>Valdeban (R1)</i>		
Anestesista: <i>Luis Eduardo Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paulo</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do 1/3 Distal de Tíbia Esquerda</i>				<i>S82.4</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Edúzio Borges da Silva</u>		Data da Admissão: <u>13/06/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____		
QPD: _____			
ADA: _____			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso ____ Kg em ____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ <input type="checkbox"/> Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311

Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 21

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas:

Fx displáxia de L1 L2 (E)

Conduta:

Osteossíntese de L1 L2 (E)

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 125.880-9/GO 9603

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Edrizio Borges da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>54 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>13 /06 /2018</i>		DATA DE ALTA <i>22 /06 /2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Terço Médio da Tibia Esquerda</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 1/3 proximal da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese. Recebe alta em boas condições clínicas. Recebeu orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO:
Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.*

RETORNO:
Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

22.06.2018

DATA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBTQ 9603
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLO

AG 2018

2018







NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA			UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Edrízio Borges da Silva</i>	IDENTIDADE:		IDADE:		
ENDEREÇO:	ORIGEM				
	() PAM				
	() SES				
BAIRRO:	() SSM				
DADOS CLÍNICOS <i>Fratura de Ossos da Perna E</i>			ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE		
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS <i>Rx do Perna AP/P</i>					
DATA: <i>00/00/2018</i>			CARIMBO E ASSINATURA		

*conforme data de
retorno ambulatorio*

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603



NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA			UF: PARAÍBA	
PACIENTE:	IDENTIDADE:		IDADE:		
ENDEREÇO: <i>Edrízio Borges da Silva</i>	ORIGEM				
	() PAM				
	() SES				
BAIRRO:	() SSM				
DADOS CLÍNICOS <i>Fratura de Ossos da Perna</i>			ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE		
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS <i>Rx da Perna AP/P</i>					
DATA: <i>00/00/2018</i>			CARIMBO E ASSINATURA		

conforme data de retorno

ORIGEM
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 NOV. 2018
PROT. JOÃO PESSOA

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603





P/ Edrizio Borges da Silva

Laudo Médico

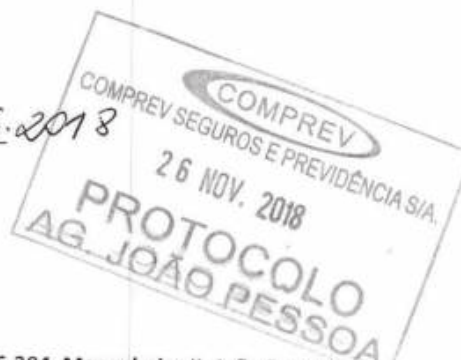
Paciente vítima de trauma em perna resultando em fratura da tíbia direita foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.4

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128-8/GO 96603

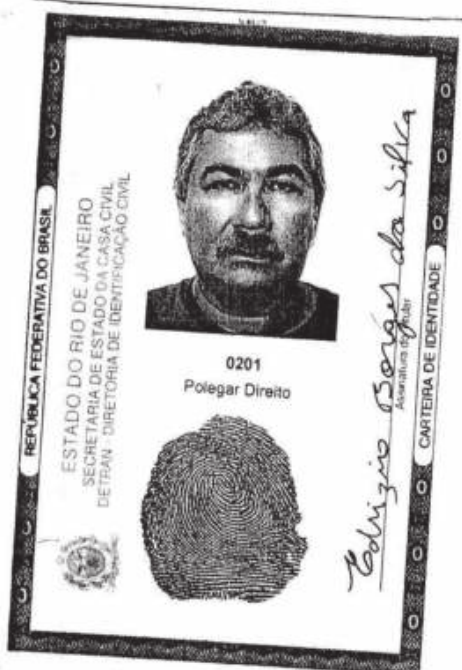
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

7306.2018



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	07.384.535-6	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/06/2015
NOME EDRIZIO BORGES DA SILVA			
FILIAÇÃO MARIA JOSE DA SILVA			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
PARAIBA	17/12/1963		
DOC. ORIGEM	C. CASM LIV 00078B FLS 125 TERM 0035211 C 011		
RIO DE JANEIRO RJ			
CNPJ	668.126.907-91		
001	2 Via	0201	

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

COMPREV
MPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013152835107
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0110224683-0 00/00000000 2017

EDRIZIO BORGES DA SILVA

66812690791 QFY9007/PB

NOVO CA ANTIFURTO PB 9C2KD0810HR400436

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESD 2016 2017

2 162 /CI PARTIC AZUL REDOMINANTE

COTA UNICA 00/00/0000 VENC / COTAS

1 2 3

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO ** SEGURO PREMIO CONTRA INCENDIO 27/07/2017

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

MOGEIR 01/08/2017

626 19607

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013152835107 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDRIZIO BORGES DA SILVA

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
66812690791 QFY9007/PB
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800-022-1204

2017 01/08/2017
EXERCICIO DATA EMISSAO

EDRIZIO BORGES DA SILVA

VIA CPF / CNPJ PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

1 66812690791 Nº CHASSI QFY9007/PB

01102246830 HONDA/NXR160 BROS ES

PREMIO TARIFARIO

2016 (R\$) 9 9C2KD0810HR400436 DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE OUTICAÇÃO

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.608/0001-04
19607-0803286-20170801

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180556140**

Nome do(a) Examinado(a): **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE GOMES FERREIRA, S/N - CENTRO - Mogeiro - PB - CEP 58375-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **073845356**

Data e local do acidente: [**13/06/2018**] **MOGEIRO**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556140 **Cidade:** Mogéiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA **Data do acidente:** 13/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

EDRIZIO BORGES DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil Queriado, profissão
Apresentado, CI RG nº 07.384.535-6,
CPF/MF nº 668.326.907-9 residente e domiciliado(a) à Rua
R. Josef Gomes Roxo, SIN Centro,
Cidade de Paraíba, Estado
Paraíba, CEP: 58373000, telefone
(83)99305.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 16 de novembro de 2018.



Edrizio Borges da Silva

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDRIZIO BORGES DA SILVA, [116034], J. Pessoa - PB, 16/11/2018 12:30:10 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AH088735-GENO Consultar em www.celeida.com.br

Indivíduo: 116034-116034-116034



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427465/18

Número do Sinistro: 3180556140

Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

CPF: 668.126.907-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/06/2018

Titular do CPF: EDRIZIO BORGES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 11/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

