

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

Nº Sinistro: 3180444717

Vitima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

Data do Acidente: 15/07/2016

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 3180444717**.

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 13405976





Cartão de Inexistência de IMI

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Eduarda Rocha de Oliveira Costa
PORTADOR(A) DO RG Nº 2372141 EXPEDIDO POR SSP EM 12/03/08 E
CPF: 01098398467 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO reporteira
E RENDA MENSAL DE R\$ SM (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eduarda R. O. Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

g. Pena 17 de junho de 2017 Eduarda Rocha de Oliveira Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

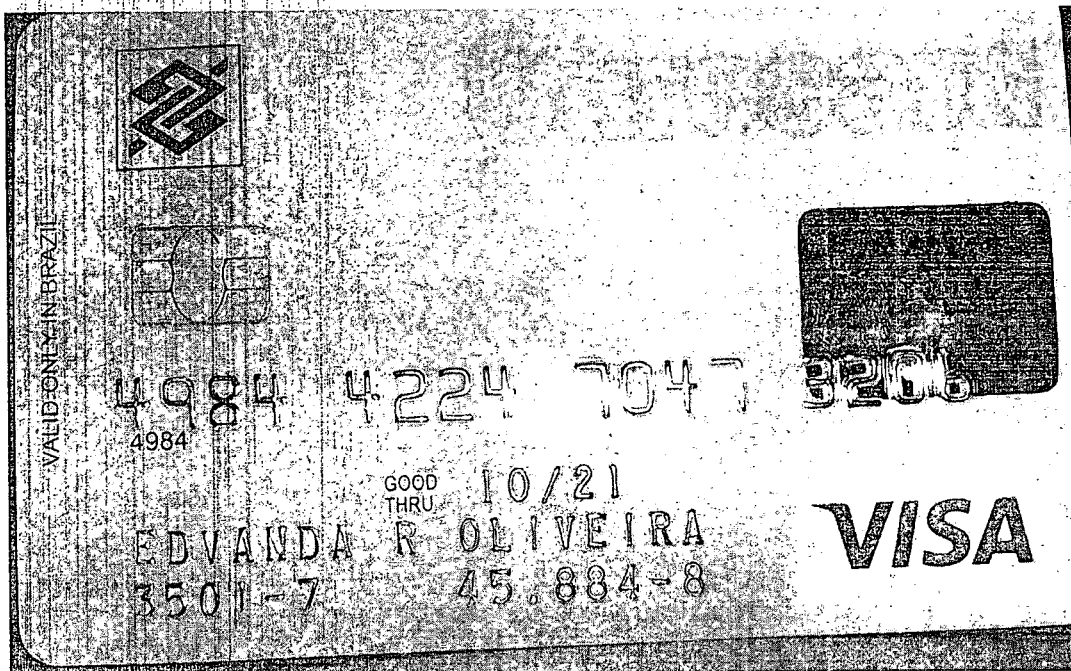
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

SINCOR/PB

15/03/14

27/06/18



SINCOR/PB

15/03/2017

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
	010.983.984-67	Edvanda R. de O. Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Edvanda Rocha de O. Costa		010.983.984-67		Repositora
Endereço		Número	Complemento	
Rua Deserto de Andrade		120		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)
Mangabeira	João Pessoa	Pb	58059-787	(83) 986634900
Email				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Itaú 341		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

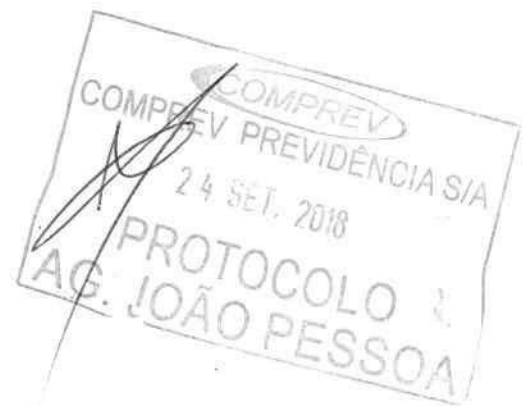
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

Edvanda Rocha de Oliveira Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01771.01.2016.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01771.01.2016.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 28 dias do mês de Dezembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **FABIANA DE LIMA BEZERRA**, Agente De Investigacao, às 13:43 horas, compareceu **EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão REPOSITORA DE SUPERMERCADO, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 27 de Junho de 1978, idade 38, filiação DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA e NÃO DECLARADO, Documento - CPF: 010.983.984-67, residente RUA SEVERINO SERRANO DE ANDRADE, 120[NÃO INFORMANDO], Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98737-4661.

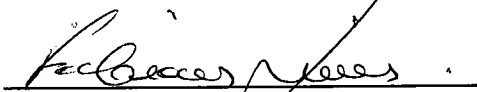
Dados dos Fatos:

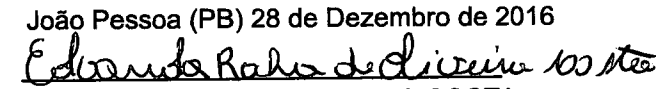
- (1) - Local: RUA FRANCISCO PORFÍRIO RIBEIRO, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Mangabeira, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 15/07/16 21:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 15.07.2016, por volta das 21h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, COR VERMELHA, PLACA QFJ1364/PB, ANO 2016/2016, CHASSI 9C2KD1000GR018835, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE, pela Rua Francisco Porfírio Ribeiro, Mangabeira, nesta capital, próximo ao supermercado Bemais, quando ao passar por um cruzamento colidiu na lateral de um CICLOMOTOR JHONNY, COR PRETA, sem placa, o qual cruzou repentinamente à sua frente; Que devido ao fato veio sofrer luxação acromioclavicular direita, sendo socorrida pelo SAMU e conduzida ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que o outro motociclista não machucou-se no ocorrido. Por isso noticiou o fato.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente De Investigacao

João Pessoa (PB) 28 de Dezembro de 2016

EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA
Noticiante



SINCOR/PB

15/03/2017

Procedimento: 01771.01.2016.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 01647.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01647.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:58 horas do dia 29 de agosto 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 **Edvandra Rocha de Oliveira Costa**, CPF nº 010.983.984-67, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Repositora, filho(a) de Djamira Rocha de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/06/1978 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Serrano de Andrade, Nº 120, complemento MANGABEIRA VIII, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Colégio Municipal Afonso Pereira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-4661.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua:francisco Porfirio Ribeiro, Mangabeira II, Bem Mais Supermercado, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/16 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

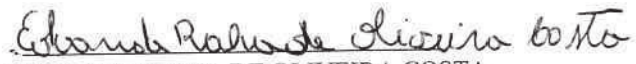
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante já qualificada acima, diz que trafegava com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS, de cor vermelha, placa: QFJ 1364/PB, Chassi nº 9C2KD14000GR018835, registrado em nome da notificante; QUE segundo a mesma seguia normalmente pela sua mão para ir para a sua residência e que de repente um veículo tipo motocicleta trax 50, NÃO RESPEITANDO A PLACA "PARE", avançou a rua principal, fazendo com que a notificante viesse a colidir com o mesmo, que devido ao fato veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 22.11.2016, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S43,1

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.

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDVANDRA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA
Noticiante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edson da Rocha de Oliveira Costa, portador da carteira de identidade nº 2372141 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010983984-67, residente e domiciliado na Rua Projetada - Montpelier, Cidade João Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edson da Rocha de Oliveira Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15/02/2017

Local e data

SINCOR/PB

15/03/2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edson da Rocha de Oliveira Costa, portador da carteira de identidade nº 2372141 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010983984-67, residente e domiciliado na Rua Projetada - Montpelier, Cidade João Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edson da Rocha de Oliveira Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15/02/2017

Local e data

SINCOR/PB

15/03/2017

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

Casos com vítima 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

Edvanca Rocha de O. Costa

CPF da Vítima

010 983 98467

Data do Acidente

15/07/16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

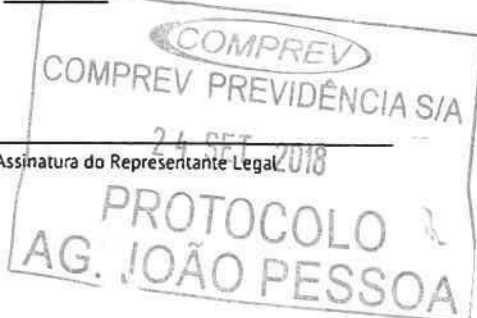
João Pessoa 15 de Setembro de 2018

Local e Data

Edvanca Rocha de O. Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PE

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/058, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1351457, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA** idade 39 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 15/07/2016, na R. Francisco Porfírio Ribeiro, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 20 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Edvanda Rocha de Oliveira Costa,

RG nº 2372141, data de expedição 12/3/08, Órgão SSP,

CPF nº 010983984-67, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Projitada
Número	131
Apto / Complemento	
Bairro	Montaleira
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58059787
Telefone de Contato	987374661 1988636133
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 17/02/2017

Assinatura do Declarante: Edvanda Rocha de Oliveira Costa

SINCOR/PB

15/03/2017

EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA

RUA PROJETA DA S/N MANABEIRA

JOAO PESSOA/PB CEP: 56000-000 (AO: 1)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO

Roteiro: 8 - 352 - 4380

Nº medidor: 00001278508

Referência: Jan/2017

Emissão: 10/01/2017

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R: 230, Km 25 - Grupo Redentor - 163a Pessoa / PB - CEP 68071-680

CNPJ 08.095.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.371.058

Código para Débito Automático: 03012714168

Atendimento ao Cliente: ENERGISA 0800 033 0156

Conta referente a:

UC (Unidade Consumidora):

5/12/1416-8

Jan/2017

Apresentação

10/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

07/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior

Atual

Constante

Constante

SINCOR/PB

15/03/2017

Conta Corrente | Movimentação

A = agendamento
B = ações movimentadas
pela Bolsa de Valores

data
26/06

descrição
Saldo anterior

entradas R\$
(créditos)



extrato me



007163



CTC RECIFE PE PL6
MARCIO ENEAS COSTA
R SEVERINO SERRANO DE ANDRADE 120
MANGABEIRA
58059-787 JOAO PESSOA PB REM-C



7211094230139290000001525030090818

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Alexandria Lebar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvanda Rocha D. Costa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.983.984-67 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Edvanda Rocha D. Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.984-67 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>Agente Fiscal Jose B. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mar Gabriel</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa 04 de outubro de 2018
Local e Data

Alexandria Lebar Duarte
Assinatura do Declarante





0006

Autorização de atendimento

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edvanda Rocha de Oliveira Costa
DATA DE NASCIMENTO 27/06/78
NOME DA MÃE Djamira Rocha de Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96393
BOLETIM DE ENTRADA N.º 933866
DATA DO ATENDIMENTO 15/7/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em ombro direito e hemitorax direito, sem outras queixas, glasgow 15, pupilas iso/fofo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: tórax, ombro D.

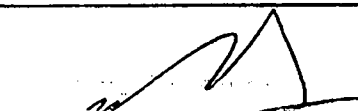
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 21/07/16
DATA DA EMISSÃO: 22/11/16


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

SINCOR/PB

15/03/2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edvanda Rocha de Oliveira Costa
DATA DE NASCIMENTO 27/06/78
NOME DA MÃE Djamira Rocha de Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96393
BOLETIM DE ENTRADA N.º 933866
DATA DO ATENDIMENTO 15/7/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular direita
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em ombro direito e hemitórax direito, sem outras queixas, glasgow 15, pupilas iso/fofo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro D.

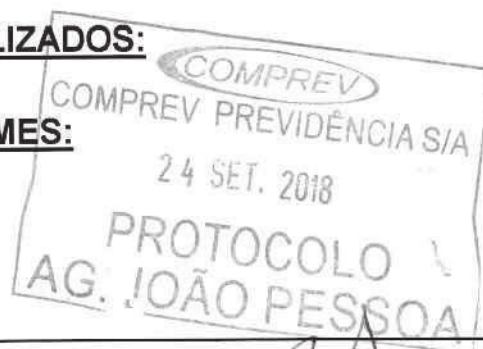
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular direita

ALTA HOSPITALAR: 21/07/16
DATA DA EMISSÃO: 22/11/2016 (2ª via emitida em 26/07/18)



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N - - CNES: 454548 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 933866



Identificação do paciente

ID 1059223	Nome EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/06/1978	Idade 38 anos 21 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA	Religião CATOLICA	Prontuário 96393
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai NÃO DECLARADO	Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987475219	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2373141	Fone Fixo
Local de procedência MANGABEIRA	Nº Cns 127439524410006	
Cidade JOÃO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58059787	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB
Número 120	Logradouro SEVERINO SERRANO DE ANDRADE	Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 15/07/2016 22:17:24	Número da pulseira 4215881	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Uso policial F.D.A.	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Nível de transporte SAMU	Quem transportou AMB SAMU		

Sinais Vitais

PA EXAME FÍSICO: <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados de exames complementares:						
DIAGNÓSTICO:						
Diagnóstico						
CONDUTA:						

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
CID: AG. JOÃO PESSOA



HEETSHI

--

Nome do paciente	
------------------	--

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		AC. Gran IV início p/ Fto crianças
		Ob: Pré-op
		(Large oval drawing)
		(Long vertical line drawing below oval)
		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 SET. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE


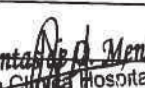
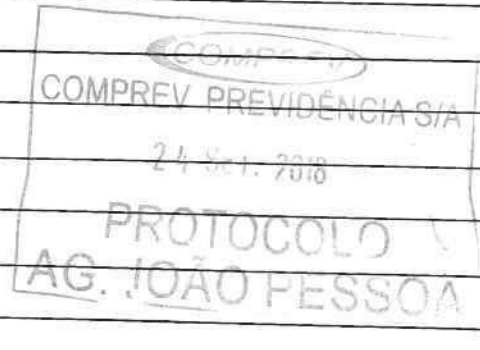


4215001 BE.: 933866
EDVANIA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA
DT. NASC.: 27/06/1978
MAE: DJANIRA ROCHA DE OLIVEIRA

END.: SEVERINO SERRANO DE ANDRADE
N. 120 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 987475219
IDADE: 38
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
17/07/16		Paciente interna para trat. cirurgico (Fad. MSO). Solicitando exames de hemograma. Anusando tempo de admissão.
		 Rivalda Rodrigues da Silva Assistente Social CRM-1361 13ª Região
19/07/16	10:08	<p>Psicologia -</p> <p>Paciente no momento consciente, orientada, emocionalmente estável, humor sem alterações. Realizado exame psicológico.</p> <p>  Luana Dantas de M. Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249 </p>
		 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 Set. 2018 PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA



Número: _____
 Paciente: Edvanda Rocha de Oliveira Costa
 Procedimento: trat. cirúrgico de LAC - (5)
 SUS: (☒ Não SUS ())
 Médico: Soriano / Ite misto e l / Ricardo^{R3} / Hellosman

Prontuário: 933866
 Data: 20/07/16
 Reposição: _____

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM COREN
Vanessa Gomes Sarmiento Santos
Enfermeira
COREN/PI 012



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

Nome: Edvanda Rocha de Oliveira Costa BE/Prontuário: 933866
Idade: 37a Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 20/07/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Procedimento de Luxação Acromioclavicular Direita
Cirurgião: Dr. Santana 1º Assistente: Dr. Temístocles
2º Assistente: Dr. Ricardo (R3) 3º Assistente: Dr. Helton (R3)
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>Luxação Acromioclavicular Direita</u>	CID

Procedimentos Cirúrgicos	
<u>Procedimento de Luxação Acromioclavicular Direita</u>	Código

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH em Coluna de L¹
Sob Anestesia
Anestesia + Antimicrob
Aplicação de Campos Líquidos

Incisão:

Em Sabe (em região Superior a Articulação AC).

Achados:

Luxação da Art. alveolo Acromio - Clavicular

Conduta:

Incisão, dissecção, direção por planos
Redução aberta da luxação
Fixação com amarrilha Subcoracóide 2 fios (1.0/0/5
1 fio K n° 2.0 Travando Articulação AC.

Fechamento:

Por planos + Curativos estéreis
Rx de Controle
Tipificação Homi - J.

Observação:

— 11 —

5

PROTOCOLLO
AG. JOAO FESSOA



HOSPITAL
MILITAR

Visita Pré Anestésica

REC 151

DATA: 22/07/16

PRONTUÁRIO: 933866

10/02

NOME DO PACIENTE: Edvanda Rocha de Oliveira

Profissão:

Idade: 38

Sexo:

Patologia principal: L4L

Anestesia proposta:

	sim	não		sim	não		sim	não
Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a pó, lá, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queimação, azia, H. de hiato, dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de peso s/diet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bronquite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)		
catarro? (cor:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante: há anos. Parou há	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramento? (onde:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança tem de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança está gripada, c/ tosse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença cvasc. <input type="checkbox"/> miopatia		
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?		
Estilista social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recebeu transf. sangue? Há	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia?		
Alcoólatra: há anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aceita transf. sangue numa emergência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações

Medicamentos (Dietas)

Alergia a Epirina
Amoxicilina

Cirurgia de
intestino

EXAME FÍSICO

PA: 120/80 P. 70 H. 1,70 M. 65 Kg.

Cor: branco / viscoso: normal / dispn: normal / taquip: normal / cianótico: normal / sianótico: normal / eritematoso: normal

Ausculta: normal

Ente: normal

Artéria da boca: normal / Normal / -

Extensão do pescoço: normal / curto

Normal / limitada

(allampou) 2 - 3 - 4 distância externo/mento: 12,5 cm > 12,5

Anamnese de referência exames com < 01 ano

Exames Substâncias - DATA:

Hb= 12 Ht= 38 Glic= 100 Cr= 1,2 Ur= 10

Na= 135 K= 4 TC= 10 TS= 10

Pla= 130

Coagul: ☐ Normal ☐ Alterada TT= 18 TP= 18 TTPA= 18

RX tórax (normal)

ECG (normal)

Avaliação clínica

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ASA:

RETORNOS: ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exames complementares ☐ Encaminhado p/Clínica. Qual:

(VIDE VERSO)

MÉDICO:

Dr. Sérgio M. G. Carvalho
Médico
CRM-PB 3142

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:

DATA:

- ☐ Liberado para cirurgia
- ☐ Reavaliar na internação - motivo(s):
- ☐ Reavaliar na SO - motivo(s):
- ☐ NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO

CRM

FNG: ASCR 02/1

Nome: <u>Eduardo R. Oliveira</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta: <u>21/07/16</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
Diagnóstico Definitivo: <u>LAC</u>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>fixaç</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>1 DPO p/ acesão</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com 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 o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório <u>Dr. Souza</u> em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>21</u> de <u>07</u> de <u>16</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Heitor G. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6229
ENS 9500 6217284148

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917




Edvanda Rocha de Oliveira Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.372.141 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2008

NOME EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA.

FILIAÇÃO DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 27/06/1978

DOC ORIGEM CASAM N. 58057 FLS. 105V LIV. B-23

CARTORIO 12º JOAO PESSOA-PB

CPT 010.983.984-67

JOAO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

HEI Nº 7.116 DE 28/08/83

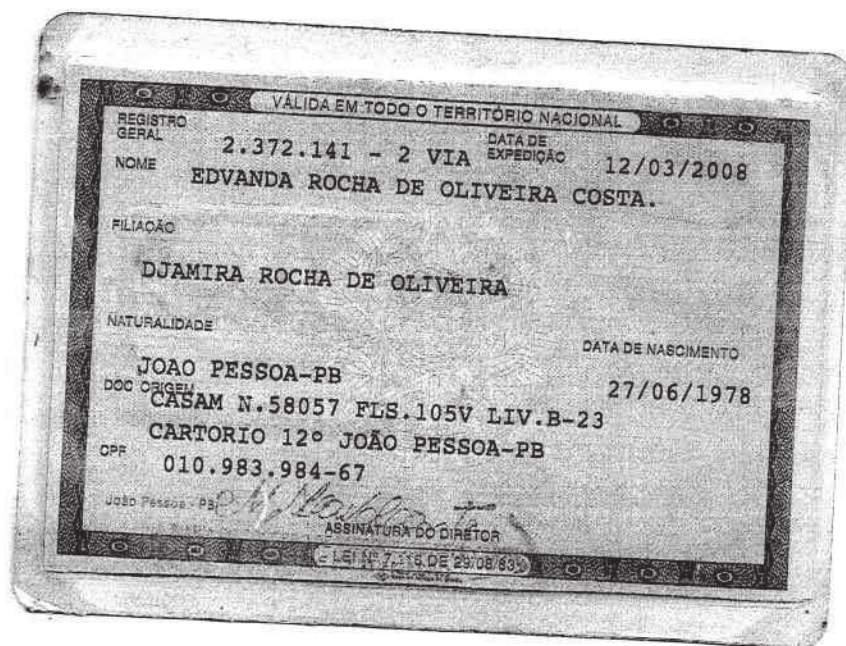


"0012"

Documento de identificação

SINCOR/PB

15/03/2017



IMPREV

PREVIDÊNCIA S/A

15.1. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. DEVEÇADA / ORG. EMISSOR UF
262771B SSP PA

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
ACC
CACHAP. 19

Nº REGISTRO
01051269660

VALIDADEZ
16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/05/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

OBSERVAÇÕES

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO CANDIDATO

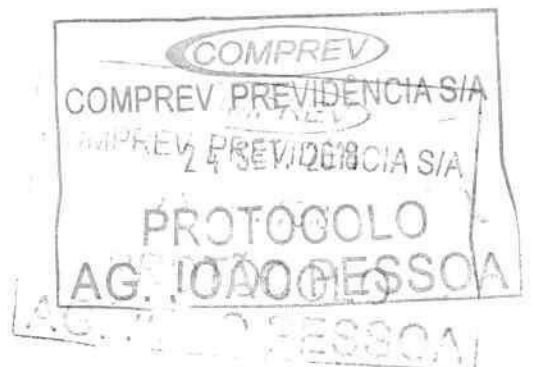
LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EXAMINACÃO
17/01/2014

Rodrigo Carneiro
ASSINATURA DO EXAMINADOR

66588356743
PB027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PB Nº 012650301211
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0108424162-2 00/00000000 2016
PRT 20160000149201-7 EXERCÍCIO

EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

01098398467

PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC GASOLINA

2016 2016

VERMELHA

20/04/2016

SEGURO P.A.G. 20/04/2016

20/04/2016

41939

SINCOR/PB

15/03/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650301211
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 0108424162-2 RNTRO 00/00000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

CPF/CNPJ
01098398467

PLACA
QFJ1364/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD1000GR018835

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAR/POT/CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA
20/04/2016

VENC/COTAS
1ª

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
20/04/2016

OBSERVAÇÕES
A.F BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA - PB
41939

DATA
22/04/2016

7003781

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 012650301211

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 22/04/2016

CPF/CNPJ
01098398467

PLACA
QFJ1364/PB

RENAVAM
01084241622

MARCA/MODELO
HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB
2016

CAT. TARIF
9

CHASSI
9C2KD1000GR018835

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A PAGAR (R\$)

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUOTAÇÃO
20/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1306273-20160422

JAN-2016

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Moto Tax. 50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444717 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA **Data do acidente:** 15/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444717 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA **Data do acidente:** 15/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444717 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA **Data do acidente:** 15/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Edvanda Rocha de Oliveira Costa,
brasileiro(a), estado civil casada, profissão
repassadora, CI RG nº 2.372.141,
CPF/MF nº 010.983.984-67, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Severino Serrano de Andrade, 120 - Mangabeira,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58059-787, telefone
(83) 98663.4900, (83) 99105.5363.

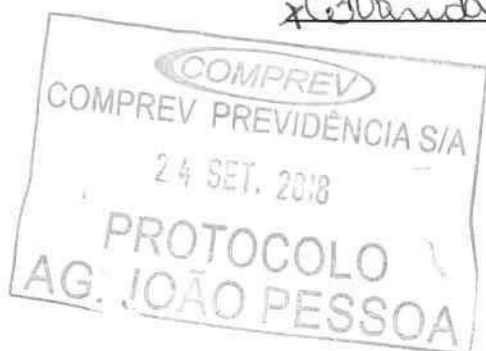
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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.

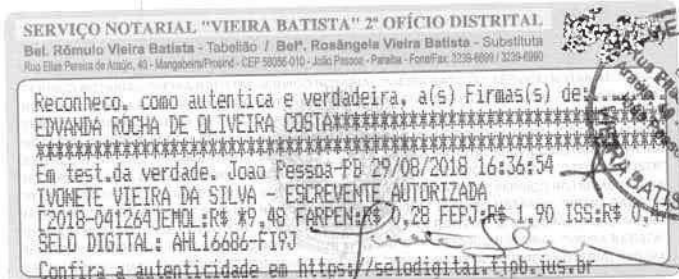
João Pessoa, 29 de agosto de 20 18.

Edvanda Rocha de Oliveira Costa

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA



OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350259/18

Número do Sinistro: 3180444717

Vítima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

CPF: 010.983.984-67

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2016

Titular do CPF: EDVANDA ROCHA DE
OLIVEIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

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: 08/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350259/18

Vítima: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

CPF: 010.983.984-67

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2016

Titular do CPF: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Documentos de identificação
Procuração

EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA : 010.983.984-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA