
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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

Certidão de Inexistência do IMI

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

POR TADOR(A) DO RG Nº 2372141 EXPEDIDO POR SSP EM 12/03/08

CPF 010.983.989-67 /CNPJ 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO reportero

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 POUPIANÇA 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 POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CÓMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Eduarda Rocha de Oliveira Costa
Assinatura do beneficiário

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

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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

030.983.984-67

Nome completo da vítima

Edwanda R. de O. Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edwanda Rocha de O. Costa	CPF titular da conta 030.983.984-67	Profissão Repositora
Endereço Rua Neurino Derrano de Andrade	Número 120	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado Pb
Email	CEP 58059-787	
	Telefone (DDD) 1831986634900	

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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome Itaú NRO. 341

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

0372

(Informar dígito se existir)

27956

(Informar dígito se existir)

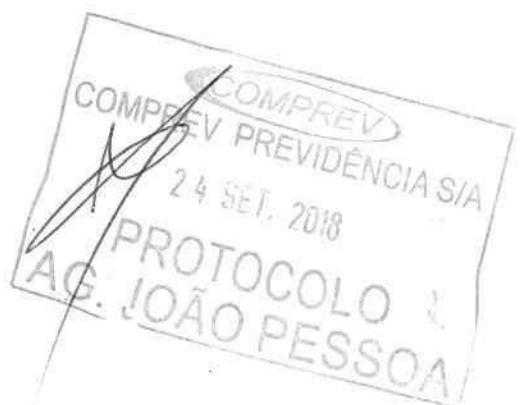
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

Edwanda 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 Bernais, 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
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente De Investigacao

João Pessoa (PB) 28 de Dezembro de 2016

Edvanda Rocha de Oliveira Costa
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 Investigacao, 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 veiculo 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 residencia 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 ALCOBA 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.

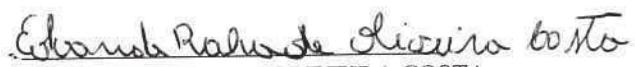
João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.



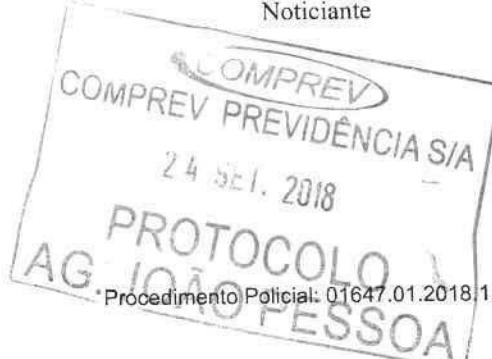
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao



DAVC-PB



EDVANDRA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA
Noticiante



Procedimento Policial: 01647.01.2018.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Eduardo Rocha de Oliveira Bento, portador da carteira de identidade nº 2372141 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010983984-67, residente e domiciliado na Rua Projeto do - Mongeiro, 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
- 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.

Eduardo Rocha de Oliveira Bento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. Pessoa, 18/02/2017

Local e data

SINCOR/PB

15/03/2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML



0004*

Eu, Eduardo Rocha de Oliveira Bento, portador da carteira de identidade nº 2372141 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010983984-67, residente e domiciliado na Rua Projeto do - Mongeiro, 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
- 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.

Eduardo Rocha de Oliveira Bento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. Pessoa, 10/02/2017

Local e data

SINCOR/PB

15/03/2017

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

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

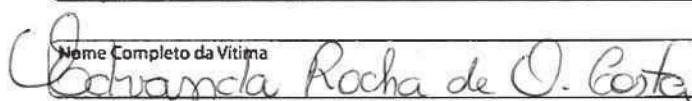
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

 Nome Completo da Vítima
Edvanda 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)

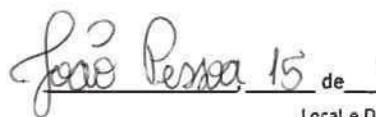
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

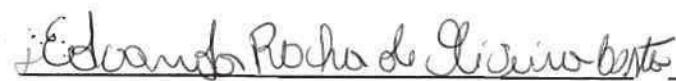
- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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

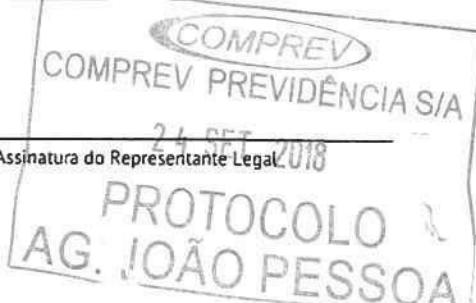
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

SAMU 192 JP

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
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edvanda Rocha de Oliveira Costa,

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

CPF nº 010 983984-67, 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)	<u>Rua Prigitado</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangaláia</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58059 787</u>
Telefone de Contato	<u>987374661 1988636133</u>
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 APREJETADA SIN MANGABEIRA
JUAOPES50A/PB CEP: 58000-000 (AO II)

Classe/Sistema: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO
Rodízio: 8 - 6 - 352 - 4300
Número medidor: 00001278506

ENERGISA PARANÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230 KV/25.0 kV Redutor: 1000 Pessoas/PB CEP: 58071-680

CNPJ:00.005.031.001-40; Insc Est: 16.015.823-0

Referência: Jan/2017

Emissão: 10/01/2017

Nota Fiscal/Recibo de Energia Elétrica N°000.371.068

Código para Débito Automático: 00012714168

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 045 0450 | Atendendo: 0800 045 0450

conta referente a UC (Unidade Consumidora) 05/1771416-8

Jan/2017

Apresentação: Tensão Subida de Energia Elétrica
09/10/2016, 06:25 da manhã de 2016

10/01/2017

Data prevista da
proxima leitura:

07/02/2017

CPF/CNPJ/RANI:

Anterior

Atual

Consta

SINCOR/PB

15/03/2017

Conta Corrente | Movimentação

A = agendamento	data	descrição	entradas R\$ (créditos)
B = ações movimentadas pela Bolsa de Valores	26/06	Saldo anterior	

Itaú

S

extrato me



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

007163



7211094230139290000001525030090818

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUN. 2018
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alessandra Levan Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvania Paula Rocha O. Bento inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.981-67, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edvania Paula Rocha O. Bento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.981-67, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Enderedo	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Agente Fiscal José B. Duarte</u>			<u>157</u>	
<u>Planalto</u>		<u>João Pessoa</u>	<u>2B</u>	<u>CEP 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:

Alessandra Levan Duarte
Assinatura do Declarante





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 torax, ombro D.

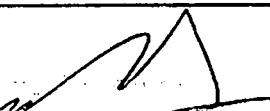
RESULTADOS DOS EXAMES:

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:

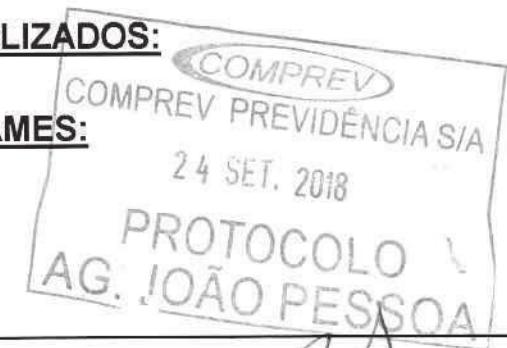
RX: luxação acromioclavicular D.

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

NDD. ou nome completo do paciente RG: 18107116
SpaileCRUZ 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)	Religião CATOLICA	Prontuário 96393
Mãe DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA				Pai NÃO DECLARADO
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987475219	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2373141	Nº Cns 127439524410006		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
País	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 15/07/2016 22:17:24	Número da pulseira 4215881	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
----------------------------------	-----------------------------------

Classificação de risco	Origem do paciente SAMU
------------------------	----------------------------

Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO
------------------------------------	--	------------------------------------

Indicadores e Transporte

Vôo policial P.I.D.A.	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Sim	Trauma Sim
Vôo de transporte SAMU		Quem transportou AMB SAMU	

Sinais Vitais

PA EXAME FÍSICO: X	mmHg	P脉	Temperatura
-----------------------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados dos exames complementares:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DIAGNÓSTICO: _____

24 SET. 2018

Diagnóstico: _____

CID: _____
AG. JOAO PESSOA

CONDUTA: _____

CID: _____



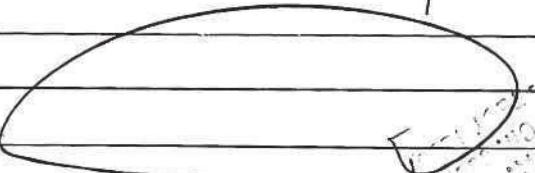
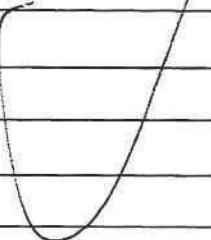
**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>AC. Gran T intenso pi fto longo</p> <p>OB: Pré-op</p>  
		<p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE.: 933866

4215881
EDVANIA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA
DT. NASC.: 27/06/1978

MAE: DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA

END.: SEVERINO SERRANO DE ANDRADE

N. 120 - MANGABEIRA

JOAO PESSOA

FONE: (83) 987475219

CELULAR: (83) 987475219

IDADE: 38

DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	Descrição da Evolução
17/07/16		<p>Paciente estava porta tor. curvado (fis ico). solicitando dorores de perna. Anunciou tempo de dormir.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>
19/07/16	10:08	<p>Psicobiose</p> <p>Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, fru mou seu alterego. Realizou o aparelho psicológico!</p>
		<p>Luana Dantas Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249</p>
		<p>COMP COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24/07/2016 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>



EPICENTRE
PP 2571577-A

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Números

Paciente: Edwanda Rocha de Oliveira Costa

Procedimento: trat. evangélico de LAC - ⑤

SUS: (X) Não SUS ()

Médico: Santos | Itamistoels | Ricardo^{2,3} | Hellosman

Proprietário: 933866

Date 20/07/16

Repositório

Reposição:

DISPENSAÇÃO CME		
FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
AC. JOAOPESSO	PROTÓCOLO PREVIDENCIÁRIA	24 SET 2018

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
B. Grau	Sedativa de plexo A25	01
Dr. Heloison B. Dias Jr.		

ASSINATURA DO MÉDICO CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN
Vanessa Gonçalves Sarmento Santos
Enfermeira
COREN-PR 012



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

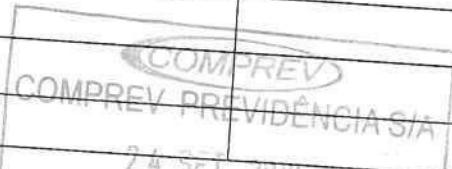


HEETSIL

Nome: Edvanda Focha de Oliveira Costa BE/Prontuário: 933866
 Idade: 38 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 20/07/16
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: TTO Crânico de luxação Acâmic - Ossicular Direita
 Cirurgião: Dr. Santos 1º Assistente: Dr. Temístocles
 2º Assistente: Dr. Ricardo (R3) 3º Assistente: Dr. Hellmann (HJ)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação Acâmic - Ossicular Direita.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TTO Crânico de luxação Acâmic - Ossicular Direita</u>	



24 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente:



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Sobreira em ODT em Coluna de Prado
Sob Anestesia
Anestesia e Antagonista
Afissão da Camada hérinigosa

Incisão:

Em Sabre (em região Superior à Articulação AC)

Achados:

Luxação da Articulação Acromio - Clavicular

Conduta:

Irrigação, desbridamento, drenagem por planos
Luxação aberta da luxação
Fixação com amarrilha Sub-escólide 2 fios O-bond 2.5
1 fio K n.º 2.0 Travando Articulação AC.

Fechamento:

Por planos + Curativos esterilizados
Rx II cont rolh
Tipo Ia Flumi - J

Observação:

— () —

Nota de Sala Cirúrgica

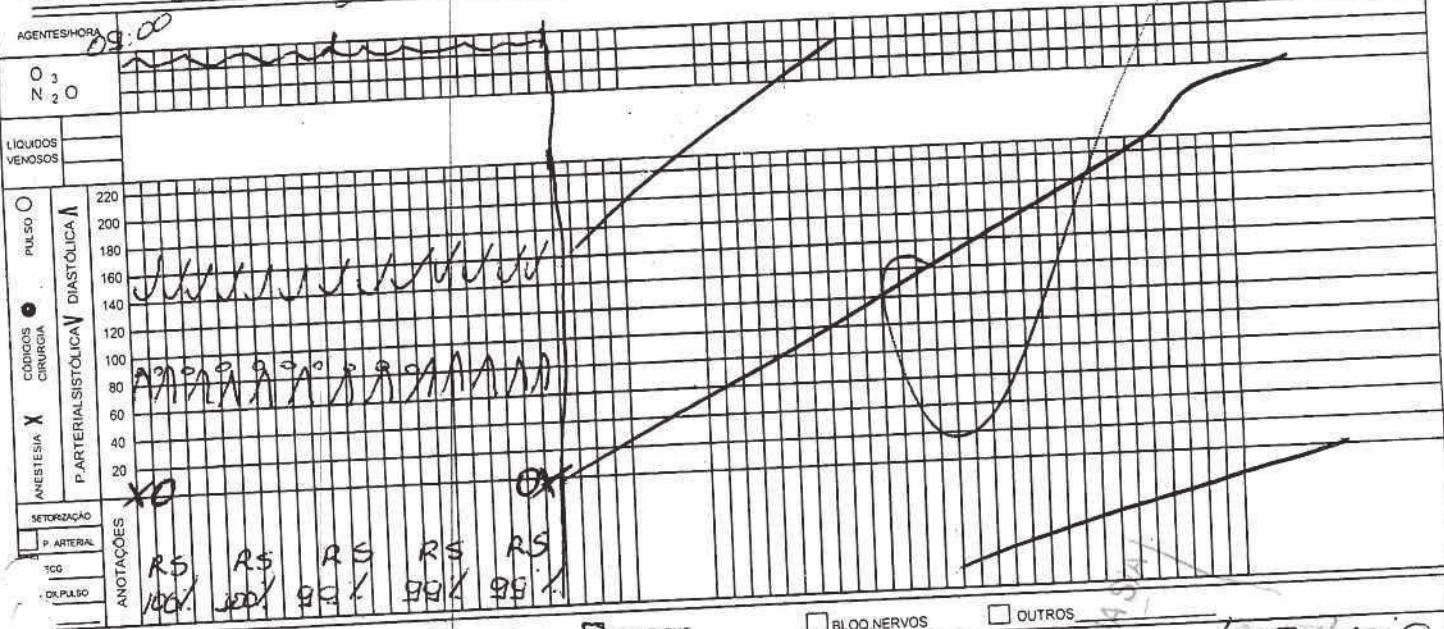
NOME DO PACIENTE:		<u>Eduarda Rocha de Oliveira Costa</u>						
IDADE:	38	BE:	933866	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:	02	
CIRURGIA:	Trat. estrutural da LAC-13							
CIRURGÃO:	Samirne							
ANESTESIA:	Gloquele de pele							
ANESTESISTA:	Thayssa							
INSTRUMENTADOR:								
DATA:		20/01/16		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	(8:50)	CIRURGIA: INÍCIO	09:20	11:00
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)								
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()								
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA				JELCO Nº18				
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO CAT.GUT CROMADO Nº		
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE AÇO Nº		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 20	1	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		OK	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº 30	1	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO DE NYLON Nº		
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº 10	1	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO			LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO			LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS		QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK		
LIDOCÁINA C/VASO		AGULHA 13X4,5			LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCÁINA S/VASO		AGULHA 25X07			LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIPROPILENO Nº		
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08			LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO POLIGLECAPRONE Nº		
MORFINA		AGULHA 40X12			LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FIO SEDA Nº		
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16			MÁSCARA CIRÚRGICA	FITA CARDIACA		
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17			MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18			PERFURADORES DE SORO	CATETER DE PIC		
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G			SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G			SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G			SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	1	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO			SERINGA SML	FIO DE KIRSCHNER Nº		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA			SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL		
ÁGUA DESTILADA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	PRÓTESE VASCULAR		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT. PAM		
CEFAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	FIXADOR EXTERNO		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	EMPRESA		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			SONDA NASOG. CURTA			
EFEDRINA	L	COLET. URINA FECHADO			SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIOS		
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		U	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS CORTICAIOS		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		OK	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO		
IIIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS		OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
ONDASENTRONA	L	EQUIPO MACROGOTAS			TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				PLACA		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS						
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		1	FIOS	EQUIPAMENTOS		
TENOXICAN	1	ESPARADRAPO		1	FIO ALGODÃO S/A Nº	() ASPIRADOR		
		GAZES		OK	FIO ALGODÃO S/A Nº	X BISTURI ELÉTRICO		
		GAZES ALGOODADAS			FIO ALGODÃO C/A Nº	() CAPNÓGRAFO		
		GEL ELETROLÍTICO			FIO ALGODÃO C/A Nº	X CARDIOMONITOR		
		JELCO Nº14				() DESFIBRILADOR		
		JELCO Nº16				() FOCO AUXILIAR		
						X FOCO CENTRAL		
						() MICROSCOPIO		
						X OXÍMETRO DE PULSO		
						() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA		
						X PERFURADOR ELÉTRICO		
						() SERRA		
						CIRCULANTE		
24 SET 2010								
PROTÓCOLO AG. JOÃO FESTA								
nº 000919								

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/10/2016

PRONTUÁRIO: 933866

PACIENTE: Eduarda Rocha de O. Costa	SEXO: F	COR: pardo	IDADE: 38A
PRESSÃO ARTERIAL 120/80	PULSO 90	RESPIRAÇÃO regular	TEMPERATURA 36,5°C
ESTADO GERAL (X) BOM		() REGULAR () MAU () PÉSSIMO	PESO 68kg
		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM	GRUPO SANGUÍNEO REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO MV com AHT	AP. CIRCULATÓRIO RCR em 27 c/ BCNF		
AP. DIGESTIVO Jejum	ESTADO MENTAL LDTG	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE /HORA		I	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo cirúrgico de luxação acromio-clavicular por			
CIRURGIA REALIZADA Tipo cirúrgico de luxação acromio-clavicular por	AUXILIARES DE Temis 1000	DURAÇÃO DA ANESTESIA 02:00	
CIRURGIANO Dra. Samhia	TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00	VALORES RS	
INÍCIO DA ANESTESIA 09:00	QUANT. DE CH.	CRM-PB	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
ANESTESISTA Dra. Thayza P. D. G. Costa (RJ)			



TÉCNICA **Paciente monitorizada e em DDH para o DGA + anestesia**

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ.PLEXO BLOQ.NERVOS OUTROS

LIQUIDOS Volume em ml:

GLICOSE	1 lidozolam 2mg + 3mg	11
NACL	2 Fentanyl 0,004g + 25mcg	12
SANGUE	3 Cefazolina 0,2g	13
RINGER	4 Dexamebutarona 10mg	14
TOTAL 1.500ml	5 Tizanide 40mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6 Naproxen 0,8mg	16
<input type="checkbox"/> APT° <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 Lidocaina 2% clv 20ml	17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 Nacabupri 0,5% clv 20ml	18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS URPA	9	19
	10	20

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

OBSEVAÇÕES IMPORTANTES
Bloqueio do pectoral braquial via intercostal e/ou grupo A25 + auxílio do nervo espinhal por → injeção de 10ml de 1% Lignocaina

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

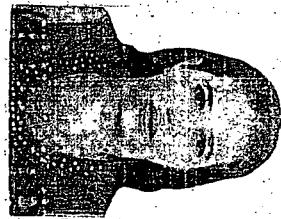
Thayza Lima A. Samha
 Medicina Anestesiologia
 CRM-RJ 7043
 ASCIR 026-1

Nome:	Eduvaldo R. Oliveira		Nº de BE:
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:	Alta:		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação:			
Diagnóstico Definitivo: LAC.			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: fixo			
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: 1 DPO p/ acomodar			
Orientações Pós Alta Dieta: _____ Reposo: _____ 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: _____			
24 SET. 2018 PROTOCOLO 1 AG. JOÃO PESSOA COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório Dr. Souto _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: 21 de 07 de 16 Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917



Edvanda Rocha de Oliveira Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA.

FILIAÇÃO

DJAMIRA ROCHA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

JOAO PESSOA-PB

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

CARTORIO 12º JOAO PESSOA-PB

CPF 010.983.984-6

JOAO PESSOA-PB

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DIRETOR

ELENTE 7.116 DE 29/08/03

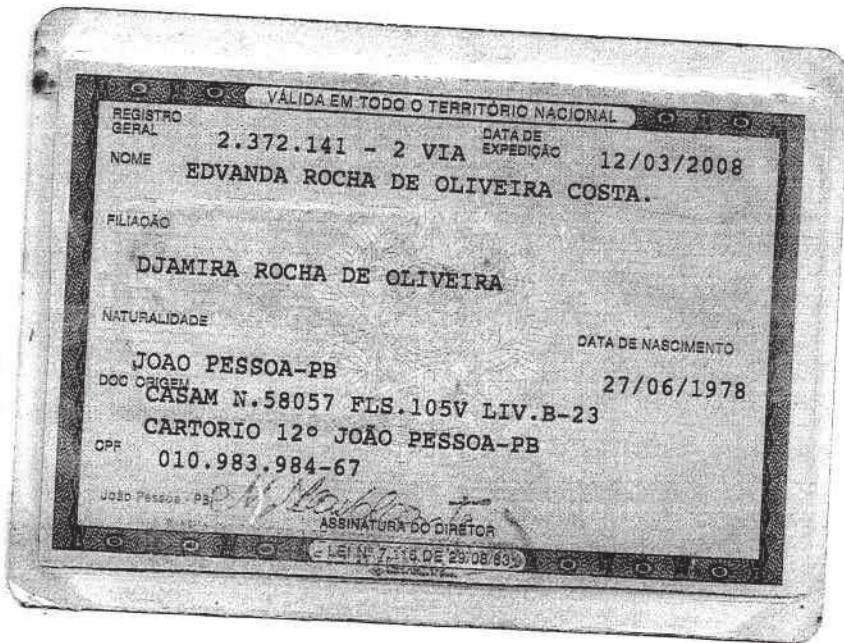
Documentos de identificação



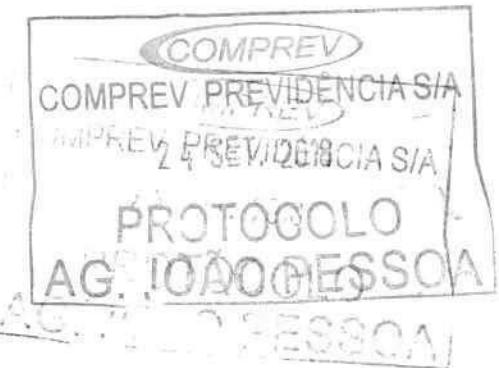
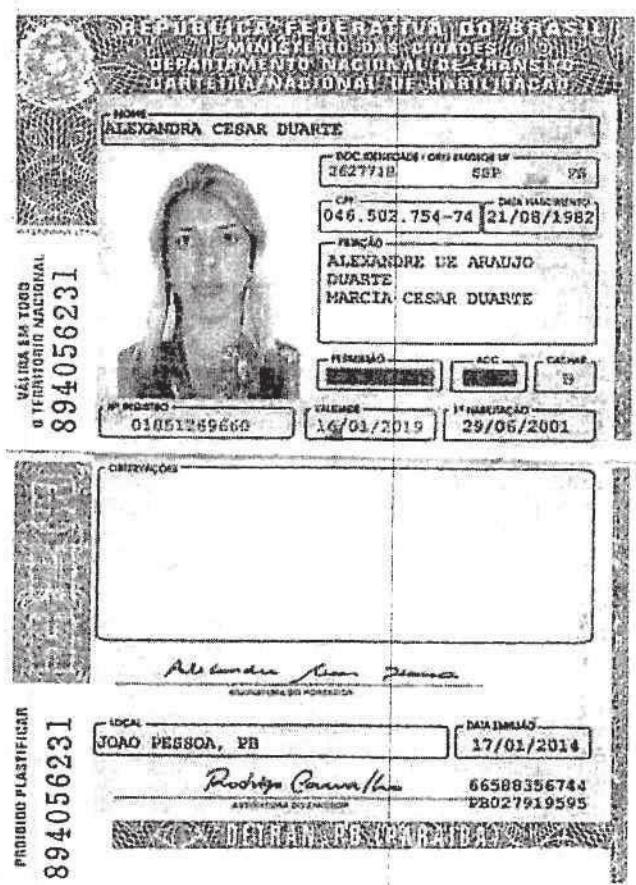
0012*

SINCOR/PB

15/03/2008



IMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
15.1.2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DUT

卷之三

**EXCELENTÍSSIMA FEDERAÇÃO MUNICIPAL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN PB		Nº 12345678901234567890
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
PRF - 20160000149201		XERCÍCIO:
VA	0108424162-2	00/00000000 2016

EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

01098298469

PAS/MOTORCYCLE/NÃO ÁLCOOL

10. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 2013 NOV 29 PM 10:00 AM 2013

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

SINCOR/PB

15/03/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 012650301211	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PLACA	PRT 20160000149207-X
ACRE		EXERCÍCIO	2016
1	0108424162-2	00/00000000	
NOME EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA			
CPF/CNPJ 01098398467		PLACA QFJ1364/PB	
PLACA ANT./UF NOVO PB		CHASSI 9C2KD1000GR018835	
ESPECIE TIPO PÁS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS		ANO FAB. 2016	ANO MUD. 2016
CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI		CATEGORIA PARTIC	
COR PREDOMINANTE VERMELHA			
I	COTA UNICA IPVA PAGO EM *****	VENC. COTA ÚNICA 20/04/2016	VENC./COTAS 1 ^a
P	FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO/COTAS 0	2 ^a 3 ^a
V	PRÉMIO TARIFÁRIO SEGURADO PAGO		
A	DATA DE PAGAMENTO 20/04/2016		
OBSERVAÇÕES A.F BV FINANCEIRA S.A.			
JOÃO PESSOA PB CAL 41939		DATA 22/04/2016	
		7003781	

SECURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. 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.dpvatsegurodotranito.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	ANO FAB. 2016	CAT. TARIF. 9
COR CHASSI 9C2KD1000GR018835			
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO (R\$) PAGO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE PAGAMENTO 20/04/2016			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1306273-20160422

JAN-2016



Moto TMax - SO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Edvanda Rocha de Oliveira".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Edvanda Rocha de Oliveira".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
repositoria, 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 João Pessoa,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58059-787, telefone
(83) 9 8663.4900, (83) 99305.5363.

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 2018.

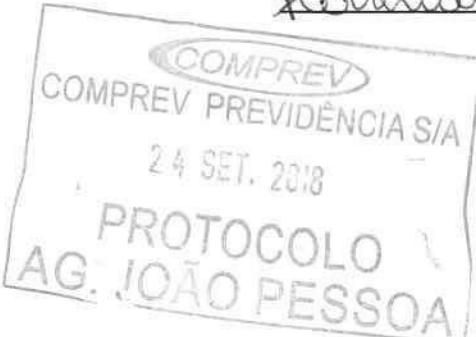
CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Edvanda Rocha de Oliveira Costa

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rómulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elói Pessas de Araújo, 43 - Mangabeira/PB - CEP 58000-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3239-6699 / 3239-6990

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
EDVANDA RÓCHA DE OLIVEIRA COSTA
En test. da verdade, João Pessoa-PB 29/08/2018 16:36:54
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA
[2018-041264]ENOL-R\$ 0,48 FARPEM-R\$ 0,28 FEFJ-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,14
SELO DIGITAL: AHL16686-FIRJ
Confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2016

EDVANDA ROCHA DE
OLIVEIRA COSTA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2016

Titular do CPF: EDVANDA ROCHA DE OLIVEIRA COSTA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA