

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180137682**

Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180137682**.

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 12579900



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Nº Sinistro: **3180137682**
Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180137682**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180137682**
Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180137682**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13399305



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

726.384.434-68

Nome completo da vítima

Edivalson Travassos de Lima Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|-----------------------|--|-------------------------|
| Nome completo Edivalson Travassos de Lima Junior | | CPF titular da conta 726.384.434-68 | Profissão Recusou-se |
| Endereço Comerciante João Venerando Lima | | Número 76 | Complemento |
| Bairro Mangabeira | Cidade João Pessoa | Estado PB | CEP 58056-480 |
| Email | | Telefone (DDD) | |

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.

22 MAR. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ DE R\$ 1.000,01 A R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

OP 013

AGÊNCIA

NÚM.

D/V

CONTA

NÚM.

D/V

0036

317893

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NÚM.

AGÊNCIA

NÚM.

D/V

CONTA

NÚM.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa 05 de Março de 2018

Local e Data

Edivalson Travassos de Lima Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
22 MAR. 2018

CARLOS ULYSSES SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E
REGISTRAR IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL
Av. Epitácio Pessoa, 103 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58030-000
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Dr. Carlos Ulysses de Carvalho

Certifico que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.
365-III do CPC).

João Pessoa-PB, 02/03/2018. Osvaldo Joaquim de
Santana - Escrevente

Selo: AGG50656-XGMM, consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

SERVIÇO NOTARIAL
1º OFÍCIO
DE NOTAS
TEL. 3222-0393
JOÃO PESSOA
PARANÁ
CARLOS ULYSSES

CAIXA
POUPANÇA

selo

6277 8016 7129 5206
VALID DATE 03/21
EDVALSON TRAVASSOS DE L J
0036 013 00317893-3



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01081.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01081.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:07 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, 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 Edivalson Travassos de Lima Junior, CPF nº 726.384.434-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fatima Paiva da Silva e Edivalson Travassos de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/05/1970 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Comerciante João Venerando de Lima, Nº 76, complemento MANGABEIRA I, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça do Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98781-9951.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av Guarabira, Feira de Tibiri, Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/17 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

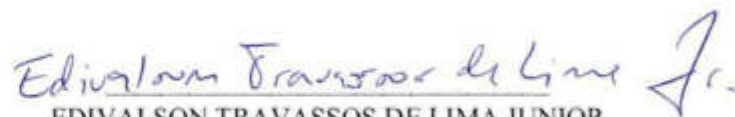
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 11/11/2017, por volta das 01:00 da madrugada, quando transitava na AV Guarabira, em Tibiri, cidade de Santa Rita/PB, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: SUZUKI EN 125 YES, de cor prata, placa: NPT 5845/PB, CHASSI Nº 9CDNF41LJ9M280743, registrado em nome do notificante; QUE ao chegar no endereço acima citado, e ao passar em uma lombada, o notificante perdeu o controle do veículo, e veio a cair, e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para a UPA de Tibiri e em seguida para o hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, CID 10 S.42.0, datado de 30/01/2018, ASSINADO PELO MÉDICO Dr. Ewerton Noronha Teixeira CRM 2616/PB. Não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR
Noticiante



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

Edivalson Travassos de Lima Junior

CPF da Vítima

726.384.434-68

Data do Acidente

11/11/2017

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.

22 MAR. 2018

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 05 de Março

Local e Data

Edivalson Travassos de Lima Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Edivaldo Cavas de Lima IDADE: _____
DESTINO: _____ DATA E HORA DA ADMISSÃO: _____ ÀS _____ H
CONTATO PRÉ VIO: _____ DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: _____ ÀS _____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____

Paciente vítima de queda de moto, apresentando
lesões em membros superiores direito, referindo
dor em ombro direito.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Fratura de Clavícula + Luxação da
Clavícula.

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____

Dr. Juan Martins de Sousa
Médico
CRM-PB 9292

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(ATO DECLARATÓRIO)

Número do Cartão:
4593.60XX.XXXX.7083
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais localidades: 0800 9409009

17/02/2018

TERM 00009375 AGENTE 701662 AUTE 42232
COBAN:050494 LOJA:007136 PDV:009375
15/02/2018 BANCO DO BRASIL 11:01:01
350168942 CORRESPONDENTE BANCARIO 0090

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA
COMERC JOAO VENERANDO LIMA 76
MANGABEIRA
58056480 JOAO PESSOA - PB

Encargos

| | |
|--------------------------|------------------|
| MULTA | 2,00% |
| MORA | 1,00% |
| PARCELADO COM JUROS | 5,93% |
| CET PARCELADO COM JUROS | 5,64% |
| | Para o Período |
| ROTATIVO | 11,80% a.m |
| NAO PAGAMENTO MINIMO | 13,80% a.m |
| SAQUES | 11,80% a.m |
| CET ROTATIVO | 12,00% a.m |
| CET NAO PAGAMENTO MINIMO | 14,00% a.m |
| CET SAQUES | 12,42% a.m |
| | Max Prox Período |
| | 13,80% a.m |
| | 13,80% a.m |
| | 14,00% a.m |
| | 14,42% a.m |
| | 14,42% a.m |
| | 14,82% a.m |

Linha de Crédito

| | | |
|-------------------------------|-----|----------|
| LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL | R\$ | 20000,00 |
| LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH | R\$ | 10000,00 |
| LIMITE/LINHA COMP PARCELADA | R\$ | 10000,00 |

Total de compras parceladas a vencer
Limite de Crédito Utilizado

Importante

Conforme Lei 12007/09, declaramos quitados os valores cobrados pelo uso do cartão até 2017. Esta declaração não abrange os débitos deste ano, valores remanescentes de rativos, parcelas vincendas de parcelados e contestações de compras em análise.

ATENÇÃO: Em caso de pagamento apontados nesta fatura, incidentes sobre encargos em casos de pagamento missa Data prevista para o fechamento da

Demonstrativo

| Data | Descrição | | CALHA ECONOMICA FEDERAL | | Crédito R\$ |
|-------|---------------------------|-------|---------------------------------------|--|-------------------|
| | | | | | Débito |
| 05/01 | TOTAL DA FATURA AN | | 104900192618138780002002750070932 | | |
| 15/01 | OBRIGADO PELO PAG. | | 0000000000000000 | | 12.000 |
| | Subtotal Nacional | | NR. DOCUMENTO T1.369.375 | | 12.000 |
| | | | DATA DO PAGAMENTO 15/02/2018 | | 0.000 |
| | | | VLX DOCUMENTO 561754 | | |
| | | | VALOR COBRADO 561754 | | |
| | | | ===== | | |
| | | | NR.AUTENTICACAO 2.569.51E.13C.CCA.700 | | 54.000 |
| | | | | | 54.000 |
| 01/12 | AQCIO PAGAME*ALL P | | | | 0.000 |
| 16/12 | LOJAO DAS PECAS | | | | 0.000 |
| 24/12 | KALYNE FESION | | | | 0.000 |
| 06/01 | PARAHYBA BAR | | | | 0.000 |
| 15/01 | ANALISIS MANGABEI | | | | 0.000 |
| 16/01 | AJUSTE CREDITO PAR | | | | 0.000 |
| 27/01 | FCIA PAGUE MENOS 119 | | | | 11.000 |
| 06/02 | LEANDRO DA SILVA | 01/04 | JOAO PESSOA | | 12.000 |
| 07/02 | ANUIDADE DIFERENCIADA TIT | 02/10 | JOAO PESSOA | | 12.000 |
| | Subtotal Nacional | | | | 12.000 |
| | Total Nacional | | | | 12.000 |
| | Total Fatura | | | | 12.000 |

**CAIXA**

104-0

10490.01926 18138.700002 00279.807093 2 000

Pagador: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA
COMERC JOAO VENERANDO LIMA 76 MANGABEIRA - 58056480 - JOAO PESSOA - PB

| | |
|----------------------|-------------|
| CPF/CNPJ do Pagador: | 05813018468 |
|----------------------|-------------|

Nosso Número
80000027860709-2

Nº de Documento

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <p> Microsoft Word </p> | <p> Microsoft Excel </p> | <p> Microsoft PowerPoint </p> | <p> Microsoft Access </p> | <p> Microsoft Publisher </p> | <p> Microsoft Project </p> | <p> Microsoft Visio </p> | <p> Microsoft OneNote </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> | <p> Microsoft Office </p> |
|---|--|---|---|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Uso de Documentos

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 101–108

05813016458

Beneficiário
CARTÕES CAIXA - 00 360 305/0001-04

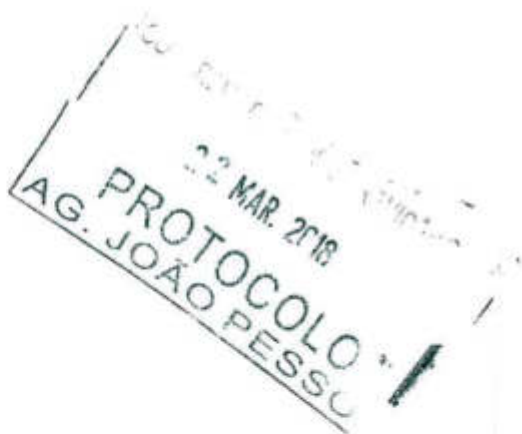
| | |
|-----------------------|--------------------|
| CPF/CNPJ Beneficiário | 00.360.305/0001-04 |
|-----------------------|--------------------|

Endereço do Beneficiário
SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900

Agência/Código Beneficiário
1813.870.00000192-3

Autenticação Mecânica - Recibo do Planado

SAC CAIXA: 0800 726 5451 (informações, sugestões e reclamações)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 3482
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br





Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energis.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1702002-5

SET/2016

Aprentação

30/09/2016

Data prevista da
próxima leitura

31/10/2016

CPI/ CNPI/ RAN

0159303460

Faturas em atraso

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|--------------|--------------|-----------|---------|------|
| Data Leitura | Data Leitura | | | |
| 31/08/18 | 11162 | 31/09/18 | 11891 | |
| | | 1 | 529 | 30 |

Demonstration

| | Valor (R\$) |
|-----------------------------|-------------|
| Consumo em kWh: 528 0,44026 | 232,89 |
| ICMS | 80,79 |
| PIS | 2,25 |
| COFINS | 10,33 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | |
| CONTRIB SERVILUM.PUBLICA | 16,81 |
| JUROS DE MORA 08/2016 | 0,59 |
| MULTA 08/2016 | 7,10 |

Histórico de Consumo
 (kWh)

| | |
|----------------------|-----|
| AGO/2015 | 508 |
| JUL/2015 | 530 |
| JUN/2015 | 543 |
| MAY/2015 | 506 |
| ABR/2015 | 586 |
| MAR/2015 | 584 |
| FEV/2015 | 522 |
| JAN/2015 | 567 |
| DEZ/2015 | 499 |
| NOV/2015 | 558 |
| OUT/2015 | 521 |
| SET/2015 | 406 |
| MÉDIA ÚLTIMOS MESES: | |
| SET. 2015 | |

| | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR (R\$) |
|--------|-----------------|----------|-------------|
| ICMS | 336,26 | 27,00% | 90,79 |
| PIS | 336,26 | | 2,25 |
| COFINS | 336,26 | 3,0741% | 10,33 |

| | |
|------------|---------------|
| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 07/10/2016 | R\$ 360,76 |

BY SEYMOUR MEDFORD

000E.09F7.F345.11D8D.2A2F.013A.71D6.478D

Indirizzo di Qualità: 077016Cervino Marese

Correspondence: Dr. Walter Roth, 100000, 100000, 100000.

| Indicador de Qualidade | Limite da ANEL | Ajustado | Limite de Tensão (V) |
|------------------------|----------------|----------|----------------------|
| DIC MENSAL | 5,56 | 0,60 | NOMINAL 220 |
| DIC TRIMESTRAL | 11,10 | | CONTRATADA |
| DIC ANUAL | 22,21 | | LIMITE INFERIOR 202 |
| FIC MENSAL | 3,48 | 3,00 | LIMITE SUPERIOR 231 |
| FIC TRIMESTRAL | 6,97 | | |
| FIC ANUAL | 13,95 | 0,43 | |
| DWIC | 3,20 | | |
| DIC90 | 12,72 | | |

| Descrição | Valor(R\$) | % |
|-----------------------------|---------------|--------------|
| Serv. Ger. | 88,06 | 23,8 |
| Conta de Energia | 152,76 | 39,3 |
| Serviço de Transmissão | 8,75 | 1,8 |
| Encargos Setoriais | 27,27 | 7,5 |
| Impostos Diretos e Encargos | 127,80 | 35,4 |
| Outros Serviços | 9,96 | 0,0 |
| Total | 395,70 | 100,0 |

valor do LUSC(R\$) 87020181: R\$ 119,04

Resolução Tarifa de energia 25/05/15-Resol. ANEEL nº 2.126-Data Tarifa 5.57% Med.
Resolução Tarifa de energia 25/05/15-Resol. ANEEL nº 2.126-Data Tarifa 5.64% Máx.

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

2.2.2.2. PARABIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Numero: 18-202-527-580

07/10/2016

R\$ 360 76

03650000003-0 00760149000-0 17030022018-0 09000020019-7



22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Isabela Roque de Siqueira F. e Freire inscrito (a) no CPF 081.593.634, 60
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edivalson Travassos de Lima Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 726.384.434, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Edivalson Travassos de Lima Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.384.434, 68, 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 à 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 | Rua Silvia Bezerra Guedes | | Número | 651 | Complemento | Apto 402 |
| Bairro | Ortizeiro | Cidade | João Pessoa | Estado | PB | CEP |
| Email | | | Telefone comercial(DDD) | 53-98719.3539 | Telefone celular (DDD) | 83-98637.7632 |

João Pessoa 19 de Março de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

DADOS DE NASCIMENTO 23/05/70

NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.040.959

Nº PRONTUARIO

DATA DO ATENDIMENTO 12/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 04:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA D

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado pela UPA 24h de Santa Rita-PB, apresentando queixa de dor em clavícula D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro - AP

TRATAMENTO:

Fratura do terço médio da clavícula D ao RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Cirurgia Geral e da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 12/11/17

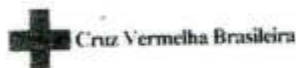
DATA DA EMISSÃO: 30/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1040959



Identificação do paciente

| | | |
|--|--|---|
| ID 1229623 | Nome EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 23/05/1970 | Idade 47 anos 5 meses 20 dias | Estado civil Religião Prontuário |
| Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA | Pai EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA | |
| Escolaridade | Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A) | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 87819951 | DDD Fixo 00 Fone Fixo 00000000 |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 1519350 | Nº Cns |
| Local de procedência UPA SANTA RITA | Tipo UNIDADESAUDE | UF PB |
| Email | Naturalidade JOAO PESSOA | CBO/R |

Endereço

| | | | |
|-----------------|--|----------------------|---|
| CEP 58066480 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA |
| Número 76 | Complemento | Bairro MANGABEIRA | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e Hora 12/11/2017 04:30:46 | Número da pulseira 100006128868 | Convênio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte AMBULANCIA | Quem transportou | | |

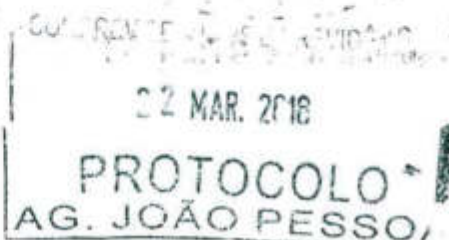
Sinais Vitais

| | | |
|--------------|-------|-------------|
| PA X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

Exames complementares

| | | | | | | |
|---|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | |
| CID | | | | | | |
| Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO | | | | | | |
| Tempo 01min 32seg | | | | | | |

Imprimir



12/11/2017 04:28

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Paciente EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | | BAE 1040959 | Data/Hora Entrada 12/11/2017 04:30:46 | Data Baixa 2017-11-12 10:22:04.0 |
| Data de nascimento 23/05/1970 | Idade 47 | Sexo Masculino | CNS | Telefone de Contato (83) 87819951 / (00) 00000000 |
| Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA | | | | Prontuário |
| Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76 | | Bairro MANGABEIRA | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS | Nº Cons. Regional 10575/PB | |
| Data/Hora Classificação 12/11/2017 04:30:46 | | Data/Hora Prescrição 12/11/2017 10:22:33 | | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | Senha | |

Anamnese

#Ortopedia
#MT: Queda de moto
#QP: Dor em topografia de clavícula direita
#EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor.
#RX: Fratura de terço médio de clavícula direita
#CD: Imobilização em 8.

#Em tempo, avaliado rx de controle. Manter tratamento conservador
#Alta da ortopedia - Retorno ao HTOP para acompanhamento.

Staff: Dr. Mouribe

CID10

| Código | Descrição |
|--------|----------------------|
| S42.0 | Fratura de clavícula |

Conduta
Alta médica

Alta Hospitalar

| | |
|---|--|
| Usuário PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS | Data e Hora 12/11/2017 10:22:04 |
| Motivo de Alta ALTA MEDICA | Observações RETORNO AO HTOP EM 7 DIAS (19/11/2017) |

CURATIVO

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORETES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | 1040959 | 12/11/2017 04:30:46 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 23/05/1970 | 47 | Masculino | (83) 87819951 / (00) 00000000 |
| Mãe | | CNS | Prontuário |
| MARIA DE FÁTIMA PAIVA DA SILVA | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COM. S. JOÃO VENERANDO LIMA, 76 | MANGABEIRA | SÃO PESSOA | PB |
| Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional | |
| ACIDENTE DE MOTOCICLETA | PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS | 10575/PB | |
| Data/Hora Classificação | Data/Hora Prescrição | | |
| 2/11/2017 04:30:46 | 12/11/2017 08:59:51 | | |
| Convênio | Nº Mat. Aula | | Senha |
| SUS | | | |

Anamnese

#Ortopedia #MT: Queda de moto #QP: Dr. em topografia de clavícula direita #EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor. #RX: Fratura de terço médio de clavícula direita #CD: Imobilização em 8. Rx de controle após imobilização.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTROLE PÓS-IMOBILIZAÇÃO)

PROCEDIMIENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

| | | |
|--------|----------------------|-----------------------|
| Código | Descrição | COLUNA 5 - 02/03/2019 |
| S42.0 | fratura da clavícula | 02 MAR 2019 |

Conclusões

Em reserva

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA, JUNIOR

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | 1040959 | 12/11/2017 04:30:46 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 23/05/1970 | 47 | Masculino | (83) 87819951 / (00) 00000000 |
| Mãe | | CNS | Prontuário |
| MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76 | MANGABEIRA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| QUEDA / OUTROS | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR | 9189/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 12/11/2017 04:30:46 | | 12/11/2017 08:08:04 | |
| Convênio | Nº Matricula | | Senha |
| SUS | | | |

Anamnese

paciente encaminhado pela unidade de saúde de santa rita com queixa de dor em clavícula direita, sem mobilidade do membro. cd: rx de ombro direito e avaliação da ortopedia

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGSM)

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 20ML DE AD)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM


RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|---------------|
| M79.6 | Dor em membro |

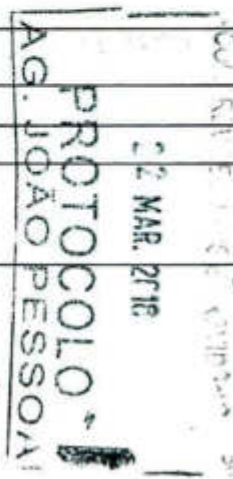
Conduta

Em observação

Alta de Curativo Geral
Paulo Marques
MR Cirurgia Geral
CRM/PB 9189

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR


PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
22 MAR. 2018



Data: 12/11/17 08:08
Usuário: PAULO JOSE
Boleim 1040959

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------|-------------------|---|---------------|--|
| Nome EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | Data de Nascimento 23/05/1970 | Idade 47 | Sexo MASCULINO | Nº 1040959 | Nº Prontuário | Data Prescrição 12/11/2017 08:08:04 |
| Motivo do Atendimento | Enfermaria / Leito | | | Validade da Prescrição 12/11/2017 08:08:00 - 13/11/2017 08:08:00 | | |
| Convenio SUS | Matrícula | | | Senha | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Aprazamento |
|---|------|------|----------------------------------|---------------|-------------|--------|--------------|
| 1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML) | 1.0 | ML | | E.V. | | 12/12H | |
| 2 TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA) | 2.0 | MG | Observação: DILUIR EM 20ML DE AD | INTRAMUSCULAR | | AGORA | <i>forte</i> |
| 3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 1.0 | ML | Observação: DILUIR EM AD | E.V. | | AGORA | <i>forte</i> |
| 4 PARECER ORTO | 0.0 | | | | | | |

12 de Novembro de 2017

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR

CRM: 9189

Assinatura e Carimbo do Profissional

Paulo Jose Marques de Sousa Junior
F. Cirurgia Geral
CRM: 9189

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|--|---|--|---|
| Paciente EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR | BAE 1040959 | Data/Hora Entrada 12/11/2017 04:30:46 | Data Baixa 2017-11-12 10:22:04.0 |
| Data de nascimento 23/05/1970 | Idade 47 | Sexo Masculino | CNS |
| Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA | | | Telefone de Contato (83) 87819951 / (00) 00000000 |
| Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76 | Barro MANGABEIRA | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS | Nº Cons. Regional 10575/PB |
| Data/Hora Classificação 12/11/2017 04:30:46 | Data/Hora Prescrição 12/11/2017 10:22:33 | | |
| Convênio SUS | Nº Matricula | Senha | |

Anamnese

#Ortopedia

#MT: Queda de moto

#QP: Dor em topografia de clavícula direita

#EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor.

#RX: Fratura de terço médio de clavícula direita

#CD: Imobilização em 8.

#Em tempo, avaliado rx de controle. Manter tratamento conservador

#Alta da ortopedia - Retorno ao HTOP para acompanhamento.

Staff: Dr. Mouribe

CID10

| Código | Descrição |
|--------|----------------------|
| S42.0 | Fratura da clavícula |

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

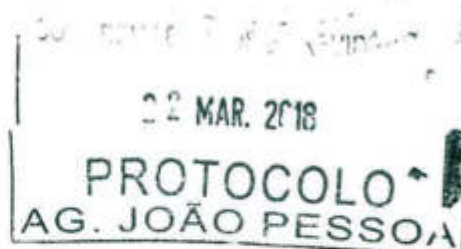
| | |
|---|--|
| Usuário PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS | Data e Hora 12/11/2017 10:22:04 |
| Motivo de Alta ALTA MEDICA | Observações RETORNO AO HTOP EM 7 DIAS (19/11/2017) |

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

HTOP - 3214-2911





Cruz Vermelha Brasileira



uma



GOVERNO DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

Data: 12/11/2017 10:21:06

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 47

BAE: 1040959

USO ORAL

ARFLEX 200MG 1 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO, VIA ORAL, APÓS UMA REFEIÇÃO, POR 6 DIAS

LISADOR 1 CX
TOMAR 1 CP VIA ORAL, DE 8 EM 8H POR 5 DIAS

Dr. Pedro Henrique
Nogueira e
Travassos
10575/PB

Dr. PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
10575/PB

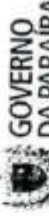
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

Data: 16/11/2017 11:48:22

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 47

BAE: 1041889

USO ORAL

1) cefadroxila 500mg----- 28 cps
tomar 2 cps 12/12hrs por 7 dias

22 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Pedro Romão Dantas
Medico
1714-719-8703

Dr. PEDRO ROMÃO DANTAS
9799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

Data: 16/11/2017 11:47:52

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 47

BAE: 1041889

USO ORAL

1) FLANCOX 400MG----- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12 H POR 5 DIAS

2) PARACETAMOL 500MG----- 1 CX
TOMAR 1 CP 6/6H SE DOR

Dr. Pedro Romão Dantas
Médico
CRM-PB 9799

Dr. PEDRO ROMAO DANTAS
9799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

Data: 16/11/2017 11:47:52

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 47

BAE: 1041889

USO ORAL

1) FLANCOX 400MG----- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12 H POR 5 DIAS

2) PARACETAMOL 500MG----- 1 CX
TOMAR 1 CP 6/6H SE DOR

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Pedro Romão Dantas
Médico
CRM-PB 9799

Dr. PEDRO ROMAO DANTAS
9799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Edivaldo Tiago de L. Pereira portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S42.2, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 18/12/12

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Atílio S. de Almeida
Ortopedista TEOT 14049
CRM-PE 7967 CRM-PE 23267

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr. (_____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

{ } CNS

{ } CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÔD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

{ } CNS

{ } CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.519.350 - 2ª VIA DATA DE EXPECÇÃO 21/05/2013

NOME
EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JÚNIOR

FILIAÇÃO
EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA
MARIA DE FÁTIMA SILVA DE LIMA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/05/1970

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 51629 - LIV. A-74 - FLS. 70V - CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA/PB

CPF
726.384.434-66

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 29/08/83

CARLOS ULYSSES SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E CENTRAL IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL

Av. Epitácio Pessoa, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58030-000
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Dr. Walter Ulysses de Carvalho

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé (Art. 365-III do CPC)

João Pessoa-PB, 02/03/2018. Josivaldo Joaquim de Santana - Escrevente

Selo: AGG50655-X2ME, consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OFÍCIO NOTARIAL E REGISTRO DE IMÓVEIS
JOÃO PESSOA - PARAÍBA
ART. 3222-0393

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237


Edivalson Travassos de L. Junior

ASSINATURA DOUTILAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADA



NOME
IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

INSCRIÇÃO
21953

AFILIAÇÃO
GEOVANE DE SIQUEIRA FREITAS
IRACEMA ROQUE DE SIQUEIRA

ANTERIORIDADE
OLINDA-PE


RG
3429856 - SSP/PE

DATA DE NASCIMENTO
17/05/1989

CPF
081.593.634-80

DESCOR DE ONIBUS E TUBIGON
NÃO

DATA DE EXPIRAÇÃO
01 13/01/2016


PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11115030

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 5.906/34)






ASSINATURA DO PORTADOR
Izabela Roque de Siqueira Freitas e Freire

RESERVAÇÕES



22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 013152587987

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DE VAT 0800 022 1204

| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
|-----------|--------------|
| 2017 | 19/04/2017 |

MARCA / MODELO
FN125 YES

| | |
|-----------|--|
| N° CHASSI | |
|-----------|--|

Q

—CUSTO DO SEGURO (R\$)

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|-------------------------------------|
| | | | | | TOTAL A SEE PAGE FIELD SETTING PAGE |
| P | A | G | O | | |

17904/2017

IDER - DPVAT

000000-1-04
000000-1-04

01/0419

[illegible]

1

1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edivalson Travassos de Lima Junior
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSÃO: Autônomo **Nº DO RG:** 1.519.350
ORGÃO EMISSOR: DA **DATA DE EMISSÃO:** 21/05/2018
Nº CPF: 726.384.434-68 **ENDEREÇO:** Rua Comerciante João
Venerando Lima 76 - Mangabeira - João Pessoa/PB.

OUTORGADO: Izabelia Roque de Siqueira Freitas Freire
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSÃO: Advogada **Nº DO RG:** 21953
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 13/01/2016
Nº CPF: 081.593.634-60 **ENDEREÇO:** Rua Silva Bezerra
Grêdes - nº 661 - Oitizeiro - João Pessoa/PB-58088-090

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edivalson Travassos de Lima Junior, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa/PB, 07 de Março de 20 2018.

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Edivalson Travassos de Lima Junior
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARLOS ULYSSES
SERVIÇO NOTARIAL DE REGISTRO E
REGISTRO IMOBILIÁRIO DA
Av. Epitácio Pessoa, 105 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58030-000
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Bel. Walter Ulysses de Carvalho
Reconheço por Autenticidade a firma de
EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR
conforme autógrafo arquivado 54531; Dou fé *****
João Pessoa-PB, 07/03/2018. Egidio Juvino Neto - Escrevente
Selo: AGL12788-P57P, consulte em *****
<https://selodigital.tjpb.jus.br> *****

1º OFÍCIO
DE NOTAS
TEL.: 3222-0303
JOÃO PESSOA
PARAIBA