
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298309

Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190298309

Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190298309
Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA
Data do Acidente: 16/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298309

Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003425-8

Conta: 000001000255-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 395.487.674-49 Nome completo da vítima: Evaldo Almeida de Araújo e Silva

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

Nome completo: Evaldo Almeida de Araújo e Silva CPF: 395.487.674-49

Profissão: motoboy Endereço: Rua Sargento João Costa de Silva nº 11 Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58058-220

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3425 8 CONTA: 1000255 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 24/04/2019

Nome: Evaldo Almeida de Araújo e Silva

CPF: 395.487.674-49

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 29 ABR. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08801.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08801.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:28 horas do dia 22 de novembro 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 de Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Evaldo Almeida de Araujo e Silva**, CPF nº 395.487.674-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Luzia Almeida de Araujo e Silva e Levy Araujo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/05/1964 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Euclides Neiva de Oliveira, Nº SN, complemento AP. 103, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Padaria Faustino, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98830-5337.

Dados do(s) Fatos:

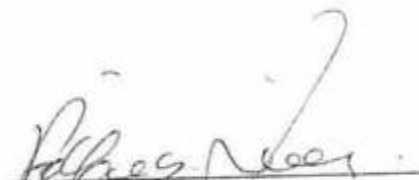
Local: Rua Francisco Porfírio Ribeiro, Descida do Valentina/mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/11/18 16:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESDD, PRETA, 2016/2016, PLACA QFS0237/PB, CHASSI 9C2KD0810GR476891, registrada em nome de Hildegard Ramalho Gonçalves, quando foi atingido frontalmente por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA que invadiu a contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR YURY CORDEIRO, CRM/PB 11507, DATADO DE 20.11.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 22 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


Evaldo Almeida de Araujo e Silva



Procedimento Policial: 08801.01.2018.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 395.487.674-49 Nome completo da vítima: Evaldo Almeida de Araújo e Silva

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

Nome completo: Evaldo Almeida de Araújo e Silva CPF: 395.487.674-49

Profissão: motoboy Endereço: Rua Sargento João Costa de Silva nº 11 Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58058-220

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3425 8 CONTA: 1000255 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 24/04/2019

Nome: Evaldo Almeida de Araújo e Silva

CPF: 395.487.674-49

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 29 ABR. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 182404 Atd: Nao Regul
Data: 16/11/2018
Hora: 17:50:56
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.11.002142

Nome: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M CNH: 948901 Fone: 988774581

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/05/1964 Id: 54 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ANANIAS FERREIRA DA NOBREGA, 119 PROFISSAO-MOTOBOY

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUZIA ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Pai: LEVY ARAUJO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A IRMA-NEYDE ALMEIDA /ACID. TRABALHO *AUTOGIRO CART. ASSINADA HA 18ANOS

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

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO+MOTO*CONDUTOR HA 02HS

Vitima de violencia por: VAL.-LADEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente, motociclista com lesões,

em estado de consciência, segue com dor em pernas e mãos.

Diagnostico S.A.D.C. R

Conduta Re

Prescrição

Horario de medicacao

1 Sat 5.000 u.m. - 20:50

Ronney A. Braga dos Santos

Médico - Cirurgia Geral

CRM-PB 8672

2 SF 500 - Jose Carlos - 17:22

3 Dip. 100 - 0120 tar - 18:25

Jailson Santiago

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03425-8

CONTA: 000001000255-9

Nr. Autenticação

BRADESCO240520190500000000002370342500000100025567500 PAGO

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA, 390 - VARADOURO
JOAO PESSOA / PE CEP: 58010-180 (AQ: 1)



Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MT C E 1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 8 - 1 - 400 - 3140
Medidor: 00002162319
Referência: Abr / 2019
Emissão: 10/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B:230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Emissão: 10/03/2019
Cód. para Débito Automático: 00002006128

Abr / 2019

10/04/2019

10/05/2019

116.204.834-40

Insc. Est.

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2008,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos o ano de 2018 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qu-
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
a que se refere, e dos anteriores.

Já conhecemos nossas redes sociais? Siga a gente no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Data	Leitura	Data	Leitura	1	325	29	
12/03/18	9530	10/04/19	9552				
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor Base Calc.	Alc. ICMS (R\$)	Base Calc. (R\$)	Coluna (R\$)

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 215,13 286,22 77,27 286,22 3,10 14,29
Tarifa de Tributos 0,571270

17/04/2019

R\$ 315,13

202 | 284 | 282 | 281 | 286 | 803 | 722 | 387 | 283 | 247 | 281 | 311
Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19

RESERVADO AO FISCO

c451.d7c5.de1a.8f94.9c2e.9fe9.7059.4809

Composição do Consumo

					Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	1,33	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. de Energia - PE	87,57	27,77
DIC TRIMESTRAL	2,37				Contribuição de Energia	98,50	31,27
DIC ANUAL	12,34				Serviço de Transmissão	10,57	3,35
FIG MENSAL	3,17	0,00	CONTRATADA	302	Encargos Sociais	15,07	4,78
FIG TRIMESTRAL	17,35		LIMITE INFERIOR	231	Impostos, Tributos e Encargos	123,57	39,21
FIG ANUAL	12,70		LIMITE SUPERIOR	231	Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	12,33	0,00			Total	315,13	100,00
DICR	12,33						

Valor de FUST Ref. 0/2018 1058496

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 ABR. 2019

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Energisa PARAIBA

Roteiro: 8 - 1 - 400 - 3140

Matrícula: 280012-2019-04-8

17/04/2019

R\$ 315,13

836500000033-6 15130149000-0 02800122019-4 04600001019-2



PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA, 390 - VARADOURO
JOAO PESSOA / PE CEP: 58010-180 (AQ: 1)



Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MT C E 1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 8 - 1 - 400 - 3140
Medidor: 00003162319
Referência: Abr / 2019
Emissão: 10/04/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B:230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 023 127.054
Cód. para Débito Automático: 00002806128

Abr / 2019

10/04/2019

10/05/2019

116.204.834-40

Insc. Est.

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2008,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos o ano de 2018 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qu-
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
a que se refere, e dos seguintes:

Já conhecemos nós as redes sociais? Siga a gente no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Data	Leitura	Data	Leitura	1	325	29	
12/03/18	9530	10/04/19	9552				
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa U/	Valor Base Calc.	Alc. Icos (R\$)	Base Calc. 2º (R\$)	Coluna (R\$)
			</				

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 215,13 286,22 77,27 286,22 3,10 14,29
Tarifa de Tributos 0,571770

17/04/2019

R\$ 315,13

202 | 284 | 282 | 281 | 286 | 803 | 722 | 387 | 283 | 247 | 281 | 311
Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19

RESERVADO AO FISCO

c451.d7c5.de1a.8f94.9c2e.9fe9.7059.4809.

Composição do Consumo

					Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	1,33	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. de Energia - PE	87,57	27,77
DIC TRIMESTRAL	2,37				Compra de Energia	98,50	31,25
DIC ANUAL	12,34				Serviço de Transmissão	10,57	3,35
PIC MENSAL	3,17	0,00	CONTRATADA	302	Encargos Sociais	15,27	4,84
PIC TRIMESTRAL	7,35		LIMITE INFERIOR	231	Impostos, Tributos e Encargos	123,57	39,21
PIC ANUAL	12,70		LIMITE SUPERIOR	231	Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	12,39	0,00			Total	315,13	100,00
DICR	12,22						

Valor de FUST Ref. 9/2018 1058496

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 ABR. 2019

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Energisa PARÁIBA

Roteiro: 8 - 1 - 400 - 3140

Matrícula: 280012-2019-04-8

17/04/2019

R\$ 315,13

836500000033-6 15130149000-0 02800122019-4 04600001019-2





ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR 262, KM 25 - Chão Redondo - João Pessoni - RS - CEP 96071-690
 CAPJ03-096 180/10001-40 Ime Sat 18-015-200-6

Nota Fiscal: Carta de Energia Elétrica Nº022 796 720
Cód. para Deb. Automático: 00003 000500

Abr / 2019	04/04/2019	06/05/2019	854.608.194-49
------------	------------	------------	----------------

Data	Letura	Data	Letura						
08/03/18	17714	04/02/18	11547			180			20
001	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(%)	Base Calc. ICMSPIS	Contribuição		
		Tributos Totais(%)	ICMS(%)	ICMS(%)		Retenções(%)	(18040%)(18040%)		
0001	Consumo em kWh	139,000	0,854400	148,54	148,54	27	39,75	143,54	1,58
	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS								
0907	CONTRIB SERV ALIM PÚBLICA		9,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JURIS DE MORA 03/2018		0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2018		2,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0903	IBM SENSUÁRIO FÁCIL - ACIE 04/2018		8,34	3,00	0	0,00	3,00	0,00	0,00

COT. Código de Classificação do Item	TOTAL	158,99	143,54	39,75	143,54	1,55	1,7
Taxa de Trânsito	0,571730						

11/01/2019 85 156 99

126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137
Jan'18	Mar'18	Jun'18	Jul'18	Aug'18	Sep'18	Oct'18	Nov'18	Dec'18	Jan'19	Feb'19	Mar'19

RESERVADO AO FISCO

ce9b.8206.84ba.3078.af5b.9c19.63c6.b6a8

Composição do Consumo

				Discriminacao	Valor (R\$)	%	
Q/C MENSAL	6,27	0,00	NOMINAL	220	Servico de Dist. de Energia/PS	34,06	31,72
Q/C TRIMESTRAL	10,18				Comercio de Energia	48,83	35,87
Q/C ANUAL	20,37				Servico de Transmissao	20,37	1,88
T/C MENSAL	6,27	0,00	CONTRATUAL	220	Industria Electrica	20,37	39,40
T/C TRIMESTRAL	10,18				Importacao de Materiais e Encargos	5,54	9,40
T/C ANUAL	14,25						
DIVIC	2,88	0,00					
					Total	166,99	100,00

[illegible]energisat
ENERGIA

Roberts 3-5-200-2380
Matricum 316356-2010-04-0

11/04/2019 R\$ 156.99

83640000001-1 56990149000-7 03183582019-7 04900005019-2



COMPREV
17 MAIO 2019
PROIBIDO
AG. JOÃO PESSOA

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Flaviana de Silva Câmara inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Evandro Almeida de Melo e Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 395.487.674-49, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vitima
Evandro Almeida de Melo e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 395487.674,49, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

João Pessoa, 24 de 04 de 2019
Local e Data

Flaviana de Silva Câmara
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hildegard Ramalho Gonçalves,
RG nº 214.9284 SSP PB, data de expedição 05/06/2008
Órgão _____, portador do CPF nº 03806485470, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PARNÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FRANCISCO VITAL DUARTE, nº 96,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edvaldo Almeida de Araújo e Silva, cujo o condutor era
Edvaldo Almeida de Araújo e Silva

Veículo: Moto Bros Honda NXR 160 BROS
Modelo: QFS 0237
Ano: 2016
Placa: QFS 0237
Chassi: 9C2K D0810G R47689L
Data do Acidente: 16/05/2018
Local e Data: João Pessoa, 06/05/2019

X Hildegard Ramalho Gonçalves
Assinatura do Declarante

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-460
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
HILDEGARD RAMALHO GONÇALVES.....
Em test.da verdade, João Pessoa-PB 06/05/2019 15:02:12
Edinaldo Tibúrcio de Andrade - Substituto
[2019-005507]EMOL:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$
SELO DIGITAL: A1100939-J32U
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>



CERTIDÃO

Nº. 0389/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CAMARA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº182404 e prontuário nº 2018.11.2142 pertencente a **EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA** que foi atendido dia 16/11/2018 às 17h50min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do 5º quirodáctilo esquerdo. Realizado procedimento de cirurgia dia 16/11/2018 com alta médica dia 20/11/2018.

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

João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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



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

Ficha Nr: 182404 Atd: Nao Regul
Data: 16/11/2018
Hora: 17:50:56
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.11.002142

Nome: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M CNH: 948901 Fone: 988774581

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/05/1964 Id: 54 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ANANIAS FERREIRA DA NOBREGA, 119 PROFISSAO-MOTOBOY

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUZIA ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

Pai: LEVY ARAUJO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A IRMA-NEYDE ALMEIDA /ACID. TRABALHO *AUTOGIRO CART. ASSINADA HA 18ANOS

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

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO+MOTO*CONDUTOR HA 02HS

Vitima de violencia por: VAL.-LADEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

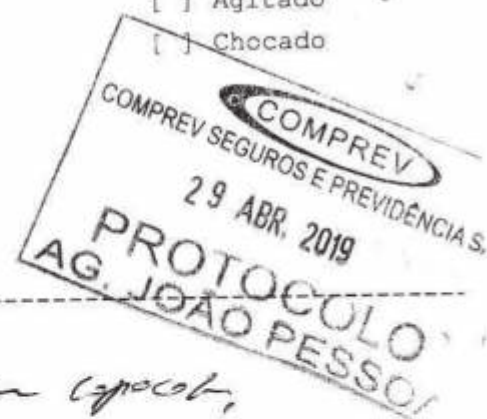
[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente, motociclista com lesões,

em estado de consciência, segue com dor em pernas e mãos.

Diagnostico S.A.D.C. R

Conduta R

Prescrição

Horario de medicacao

1 Sat 5.000 u.m. - 20:50

Ronney A. Braga dos Santos

Médico - Cirurgia Geral

CRM-PA 8672

2 SF 500 - Jose Carlos - 17:22

3 Dip. 1000 - 0120 tar - 18:25

Jailson Santiago

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me-

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Evandro Almeida</i>				Registro:	
Idade: <i>54A</i>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>16/11/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. João Paulo</i>			1º Assistente: <i>R. EDUARDO</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Exposto 8º ONDE</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>RA + Fixação percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim					
2 () Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em posição
de decúbito lateral
- Assupção com base

Incisão:

Apresentação do campo
cirúrgico no flanco

Achados:

- Fratura da 1ª costela
5ª costela

Conduta:

Realização de
fixação com
4 fios KCl.O

Enfermagem
manter no
spot 50 cm

Fechamento:

OBS:

Data:

16/11/18

Eduardo P. Lyra
Médico
CRM 22.148

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16/11/18

Nome: Evandro Almeida

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** _____

QPD: FCC 50 01018

HDA:

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *DR*

Hipóteses Diagnósticas: *FX exp. 5.º Q.*

Conduta: *do bloco*

Eduardo Paz Lyra
Médico
1341 42 1187



CARTÃO DE RETORNO

Paciente:	EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA
Médico:	Dr. ALEXANDRE NISHIMA / JOAO PAULO
Data 1º atendimento:	16/11/2018
HD:	FX EXPOSTA 5 QDE
CD:	RAFI COM FIO K EM 16/11/2018

RETORNOS

DATA

HORA

ASSINATURA

Agendar 1º retorno em 07 DIAS ou o mais próximo

03/12/18

12:00h

Dr. Yuri Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 11507

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

OCCUPACAO / ORG. EMISSOR
948901 SSP PB

CR
395.487.674-49

DATA NASCIMENTO
27/05/1964

FUNCAO
LEVY ARAUJO DA SILVA

LUGAR ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

REVISAO
10/07/2019

ACC
09/02/1983

CAIXA
A11

Nº REGISTRO
03303275000

VALIDADEZ
10/07/2019

TRANSACAO
09/02/1983

904384672

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

904384672

PROVISORIO PLASTIFICAR

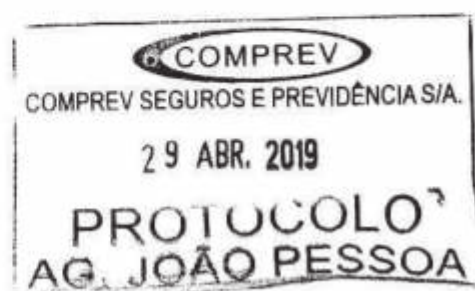
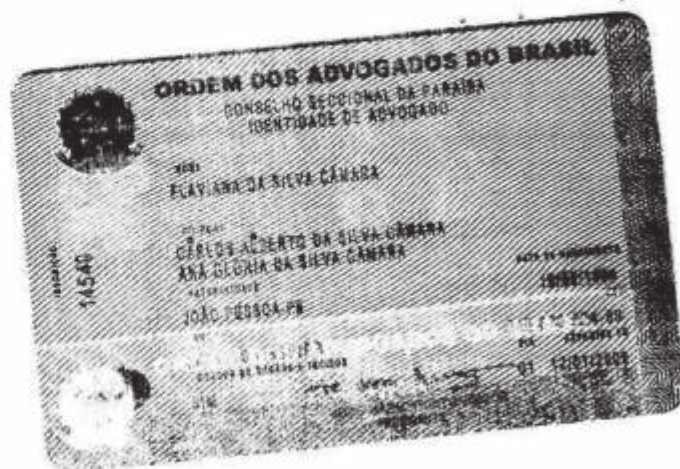
LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
10/07/2014

43524444043
PB028884302

DETRAN - PB (PARANÁ)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
29 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190298309 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190298309 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Evaldo Almeida de Araujo e Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motoboy, residente e domiciliado à Rua Sargento João Pessoa nº D/n bairro Mangabeira Município de João Pessoa Estado de (o) Paraíba Cep: 58058-220 portador(a) do Rg nº 948901 SSP/PB e CPF nº 395.487.674-49

Outorgado: Flaviana da Silva Bismora, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 390 bairro Centro Município de João Pessoa Estado de (o) Paraíba Cep: 58058-220 portador (a) do RG nº 2071190 SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Evaldo Almeida de Araujo e Silva, ocorrido em 16.11.2018 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

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

João Pessoa, 17, de 04 de 2019.

X. Evaldo Almeida de Araujo e Silva
Outorgante
CPF Nº 395.487.674-49
ARTORIC
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Edmundo Vieira Batista - Titular / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua 04B - Pôrto da Lagoa, 40 - Mangabeira - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58058-220 - Fone: 3344.888 / 3344.889

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: Evaldo Almeida de Araujo e Silva

Em test. da verdade. João Pessoa - PB 17/04/2019 11:11:43
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - SOBREVENTE AUTO
[2019-017844] EMOL: R\$ 49,91 FAPEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 1,98 INSS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AIL63978-5Y7L
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



COMPREV
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144350/19

Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CPF: 395.487.674-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2018

Titular do CPF: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA : 395.487.674-49

Autorização de pagamento

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: 29/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144350/19

Número do Sinistro: 3190298309

Vítima: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CPF: 395.487.674-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2018

Titular do CPF: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 13/05/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA