

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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:

Nome completo da vítima: *395.487.674-49 Evaldo Almeida de Araujo 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 Araujo e Silva* CPF: *39548767449*  
 Profissão: *motoboy* Endereço: *Rua Sargento João Costa da Silva 111* Número: *111* 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).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: *3425* CONTA: *1000 255* Dígito: *9*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 Lider 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.

Introdução digital da vítima/beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: *João Pessoa, 24/04/2019*  
 Nome: *Evaldo Almeida de Araujo e Silva*  
 CPF: *395.487.674-49*

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Evaldo Almeida de Araujo e Silva*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome:  COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 Assinatura: *29 ABR. 2019*  
 2º | Nome:  PROTOCOLO  
 CPF:  AG. JOÃO PESSOA  
 Assinatura:

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 integra: 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 Roberta Gouvea 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 Porfirio 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, expeço a presente Certidão. A esfarida à verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de novembro de 2018.

**FABIANA DE LIMA BEZERRA**  
Agente de Investigacao



EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROSE

PRG - PREVIDÊNCIA S/A  
29 ABR. 2019

ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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:

Nome completo da vítima:

395.487.674-49 Evaldo Almeida de Araujo 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 Araujo e Silva* CPF: *39548767449*  
 Profissão: *motoboy* Endereço: *Rua Sargento João Costa da Silva 111* Número: *111* 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).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: *3425* CONTA: *1000 255* Dígito: *9*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider 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.

Introdução digital da vítima/beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: *João Pessoa, 24/04/2019*  
 Nome: *Evaldo Almeida de Araujo e Silva*  
 CPF: *395.487.674-49*

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Evaldo Almeida de Araujo e Silva*

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.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura: *29 ABR. 2019*

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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 Regula  
Data: 16/11/2018  
Hora: 17:50:56  
Repcionista: JUSSARA MANUELA BENT  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M CNH: 948901 Fone: 988774581 Num. Prontuario: 2018.11.002142

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

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

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

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

Privedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violência por: VAL.-LADEIRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	02%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Observacao		

Questa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Alcoolizado de violento motociclista com cprcol.

enjendo a caca, segue com dor no abdome e dor.

Diagnostico 5 G.D.C.

Conduta, Re

Prescricao: *Analgesico* *Anticoagulante* *Antidiarrhoeal*

① Sat 5.000 U.I. - ~~20.50~~ 20.50

Horario de medicacao: 5:00 AM, 12:00 PM, 6:00 PM  
Ronney A. Braga dos Santos  
Medico - Cirurgia Geral  
CRM-PE 6672

② 5F0,37-- 1000ml - Gav. 1/22

③ Dipirona - 0125 mg - 60 18/25

Jailson Santiago

COMPREV  
29 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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: 00001000255-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2405201905000000000237034250000100025567500 PAGO

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



Ligação: MONOFÁSICO  
Clf/Stc: RES-MTCE 1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 6 - 1 - 409 - 214C  
Medidor: 00008182319

Referência: Abr / 2019  
Emissão: 10/04/2019  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B/200, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.026.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17023.127.054  
Cód. para Déb. Automática: 00002906128

Abr / 2019 10/04/2019 10/05/2019 116.204.834-40  
INSC-PE2

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei nº 2.007 de 29 de junho de 2008,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores.  
Esta declaração suscita, para a comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano  
a que se refere, e das [guaranteias](#).  
Já conhecemos nossas páginas nas 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	Leritura	Data	Leritura	Quantidade	Tarifa M	Valor Base Calc.	Alc. Ione(R\$)	Base Calc. (R\$)	Desconto(R\$)
12/03/18	9633	10/04/18	9633	1	395.000,00	0,864480	268,22	268,22	27
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS-PE(Cofins(R\$)) (10,04%) (4,39%)									
0801	Consumo em kWh				14,21	0,00	0	0,00	0,00
0807	CONTRIB SERV. LIMP. PÚBLICA				1,75	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE VDIRA 02/2018				1,50	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE VDIRA 03/2018				1,50	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018				14,95	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2018				5,21	0,00	0	0,00	0,00
0803	2ª VIA C/RES AVISO 02/2018				0,00	0,00	0	0,00	0,00
0808	ATUALIZAÇÃO MCNETA-FIA 09/2019				1,28	0,00	0	0,00	0,00

CCF: Código de Classificação do item TOTAL 315,13 268,22 77,27 268,22 3,10 14,29  
Tarifa s/ Tributos: 0,8571770

17/04/2019 R\$ 315,13

202 | 264 | 282 | 281 | 286 | E03 | 722 | 287 | 283 | 247 | 281 | 311  
Abr'18 Mai'18 Jun'18 Jul'18 Ago'18 Set'18 Out'18 Nov'18 Dec'18 Jan'18 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	
DIC TRIMESTRAL	3,37	NOMINAL	220
DIC ANUAL	12,34		
FIC MENSAL	1,17	0,00	
FIC TRIMESTRAL	3,35	CONTRATADA	202
FIC ANUAL	12,70	LIMITE INFERIOR	221
DIMC	1,33	0,00	
DCR	1,27	LIMITE SUPERIOR	231
	Total	315,13	100,00

Valor do Euro (R\$) Ref. 2/2018 1,000000000000000

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
29 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
S. JOÃO PESSOA

energis PARAÍBA

Roteiro: 6 - 1 - 409 - 3140  
Matrícula: 280012-2019-04-6

17/04/2019

R\$ 315,13

836500000003-6 15130149000-0 02800122019-4 04600001019-2

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



Ligação: MONOFÁSICO  
Clf/Stc: RES-MTCE 1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 6 - 1 - 409 - 214C  
Medidor: 00008182319

Referência: Abr / 2019  
Emissão: 10/04/2019  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B/200, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.026.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17023.127.054  
Cód. para Déb. Automática: 00002906128

Abr / 2019 10/04/2019 10/05/2019 116.204.834-40  
INSC-PE2

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei nº 2.007 de 29 de junho de 2008,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores.  
Esta declaração suscita, para a comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano  
a que se refere, e das [guaranteias](#).  
Já conhecemos nossas páginas nas 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	Leritura	Data	Leritura	Quantidade	Tarifa M	Valor Base Calc.	Alc. Ione(R\$)	Base Calc. (R\$)	Coluna(R\$)
12/03/18	9633	10/04/18	9633	1	395.000,00	0,864480	268,22	268,22	27
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS- P/Coefis(R\$) (100%) (4,3963%)									
0801	Consumo em kWh				14,21	0,00	0	0,00	0,00
0807	CONTRIB SERV LIMP. PÚBLICA				1,75	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE VDIR 03/2018				1,50	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE VDIR 03/2019				1,50	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018				14,95	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2018				5,21	0,00	0	0,00	0,00
0803	2ª VIA C/RES AVISO 02/2017				0,00	0,00	0	0,00	0,00
0808	ATUALIZAÇÃO MCNET/FLA 09/2019				1,28	0,00	0	0,00	0,00

CCF: Código de Classificação do item TOTAL 315,13 268,22 77,27 268,22 3,10 14,29  
Tarifa s/ Tributos: 0,571770

17/04/2019 R\$ 315,13

202 | 264 | 282 | 281 | 286 | E03 | 722 | 287 | 283 | 247 | 281 | 311  
Abr'18 Mai'18 Jun'18 Jul'18 Ago'18 Set'18 Out'18 Nov'18 Dec'18 Jan'18 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	
DIC TRIMESTRAL	3,37	NOMINAL	220
DIC ANUAL	12,34		
FIC MENSAL	1,17	0,00	
FIC TRIMESTRAL	3,35	CONTRATADA	202
FIC ANUAL	12,70	LIMITE INFERIOR	221
DIMC	1,33	0,00	
DCR	1,27	LIMITE SUPERIOR	231
	Total	315,13	100,00

Valor do Euro R\$ 2/2018 R\$ 84,25

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
S. JOÃO PESSOA

energis PARAÍBA

Roteiro: 6 - 1 - 409 - 3140  
Matrícula: 280012-2019-04-6

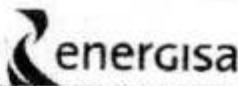
17/04/2019

R\$ 315,13

836500000003-6 15130149000-0 02800122019-4 04600001019-2

ANA CRISTINA SERRANO DE OLIVEIRA  
RUA SOTO JOAO COSTA DA SILVA, S/Nº BLZ 1 AP 103 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58056-220 (A3-4)

Ligeiro: MONOFASICO  
Cilindro: RES. MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rota: 2 - 5 - 202 - 2395 Referência: Abril 2019  
Vedor: 03001368385 Emissao: 24/04/2019



ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
91200-101-25 - Cada. Redator: João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.006.160/0001-40 - Insc Est: 14.015.829-0  
Nota Fiscal: Centro de Energia Elétrica N°022 796.723  
Câmara Dist. Automática: 03001368385

Abr / 2019 04/04/2019 06/05/2019 R\$4.666.194,49  
Insc. Est:

Divulgação de Questão Anual de Diretores:  
Conforme o previsto na Lei 12.010 de 29 de junho de 2009,  
informamos a distribuição dos direitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica destinada a unidades  
consumidoras de veículos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esse direcionamento subordina, para a composição do  
cômputo, os direitos que geraram descontos, bem como  
as taxas das tarifas de energia elétrica de uso  
e uso residencial, desde 2010 anteriores.  
Já conhece os nossos serviços? Siga a gente no  
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube e  
acompanhe as nossas novidades, condições de economia e  
segurança, dicas e dicas sobre serviços, informações sobre  
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Data	Lectura	Data	Lectura						
08/04/19	12774	04/05/19	12647						
<b>DETALHAMENTO DE CONSUMO</b>									
<b>0801 CONSUMO EM kWh</b>									
Quantidade Tarifa: Valor Base Geral Alug. fone/RS Taxa de Padrão Custo/RS									
Taxa de Transf. (R\$) Custo/RS Custo/RS Recup. de R\$ (R\$) Custo/RS									
136.000 0,854000 143,54 143,54 27 38,75 143,54 1,55 7,17									
<b>LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS</b>									
0807 CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA				5,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0808 JUROS DE MORA 03/2018				0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 MLLTA 03/2018				2,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0803 BEM SEGURO FÁCIL - ACE 04/2018				5,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação do Item TOTAL 156,99 143,54 38,75 143,54 1,55 7,17

Tarifa de Tarifadas 7,571700

11/04/2019 R\$ 156,99

126 | 187 | 127 | 159 | 136 | 126 | 148 | 198 | 143 | 178 | 142 | 118  
Abri/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

RESERVADO AO FISCO

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

Composição do Consumo

	Discriminação	Valor (R\$)	%
080 MENSAL	5,27	0,00	
0803 TRIMESTRAL	12,18		
0804 ANUAL	22,20		
0805 FIMANUAL	2,43	0,00	
0806 FIMTRIMESTRAL	2,47		
0807 FIMANUAL	12,25		
0808 FIMTRIMESTRAL	1,98	0,00	
0809 FIMANUAL	1,93		
0810 FIMTRIMESTRAL	1,93		
NOMINAL		220	
CONTRATADA			
LIMITE INFERIOR		302	
LIMITE SUPERIOR		331	
Total		156,99	100,00

energisa

PARAIBA

Ribeirão 3 - 5 - 200 - 2380  
Manaus 316356-2013-04-9

11/04/2019

R\$ 156,99

836400000001-1 56990149000-7 03183582019-7 04900005019-2

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Floriana da Silva Jardim inscrito (a) no CPF/GNPI 048.079.624-69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Evandro Almeida de Freitas e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.487.674-49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Evandro Almeida de Freitas e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.487.674-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: **COMPREV**  
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 ABR. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. MAIO PESSOA**

Recuso informar

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

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

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) <u>(83) 98873-0310</u>	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 29 de 04 de 2019  
Local e Data

Floriana da Silva Jardim  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hildegard Ramalho Gonçalves,  
RG nº 214.9284-8 P.B, data de expedição 05/06/2001  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 03806485420, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Francisco Vinal Duarte, nº 96,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Eudócio Almeida de Souza e Silve, cujo o condutor era  
Eudócio Almeida de Souza e Silve

Veículo: Moto Bros Honda NX 160 Bros

Modelo: QFS0237

Ano: 2016

Placa: QF50237

Chassi: 9C2KD0810GR446891

Data do Acidente: 16/11/2018

Local e Data: João Pessoa, 06/05/2019

 TOSCANO DE BRITO  
2º OFÍCIO DE NOTAS

Hildegard Ramalho Gonçalves

Assinatura do Declarante

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

 **TOSCANO DE BRITO**  
SERVIÇO NOTARIAL E FEGISTRAL

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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
HILDEGARD RAMALHO GONÇALVES.....  
.....

Em testada verdade, João Pessoa-PB 06/05/2019 15:02:12  
Edinaldo Tibúrcio de Andrade - Substituto  
[2019-005587]EMOL:R\$ 89,91 FARFEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AII00939-J32U-  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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 Tarcisio 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
29 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
A.Q. JOÃO PESSOA



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 Regula  
Data: 16/11/2018  
Hora: 17:50:56  
Repcionista: JUSSARA MANUELA BENT  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M CNH: 948901 Fone: 988774581 Num. Prontuario: 2018.11.002142

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 Estado Civil: NAO INFORMADO  
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

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

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

Privedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violência por: VAL.-LADEIRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	02%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito .		
Observacao		

Quesixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Alcool visto de violento motociclista com cprcol.

enjendo a caca, segue com dor no abdome e mao.

Diagnostico 5 G.D.C.

Conduta, Re

Prescricao: *Analgesico* *Anticoagulante* *Antidiabeticos*  
① Sat 5.000 U.I. - ~~20.50~~ 20.50  
② 5 Fc. 30-- 1000ml - Gar 1/22  
③ Dipirona - 0120 + 00 - Gar 18/25

Horario da medicação 5:00 AM, 10:00 AM, 1:00 PM

Ronney A. Braga dos Santos  
Medico - Cirurgia Geral  
CRM-PE 6672

Jailson Santiago

COMPREV  
29 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

0tde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

----- | Reservado p/ liberacao

### Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Me-

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Everaldo Almeida</i>				Registro:	
Idade: <i>54</i>	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>16/11/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Fábio Paulo</i>			1º Assistente: <i>R. ENARDO</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Ex. exosite 8º dente*

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*Onco*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*R.A + Fixação  
paciente*

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente  
- Posição de仰卧位  
- Assessor - anestesista

### Incisão:

Aplicação de cateteres  
drainagem

### Achados:

- Fractura em gesso  
de 8º e 9º metatarsiano

### Conduta:

Reduzir abertura  
fixando com parafuso  
cifílico 5x1.0

### Fechamento:

### OBS:

Data: 16/11/18

Eduardo José Costa Duarte  
CRM 110216

MÉDICO/CRM

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

*Eveldo Mendes* Data da Admissão: 16/11/18

Nome: Eveldo Mendes Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 20/08/1960

QPD: FCC \_\_\_\_\_ S.º: 50 \_\_\_\_\_ CEP: 58056-384

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 [ ]Soluço [ ]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-reposo [ ]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 [ ]Banco 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: \_\_\_\_\_

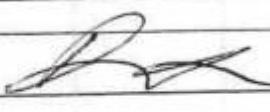
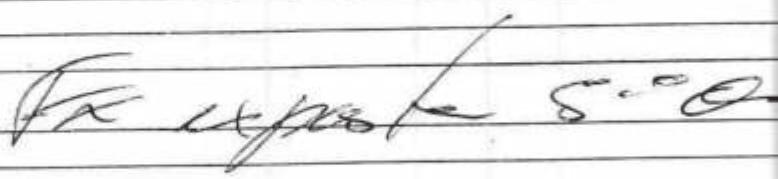
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

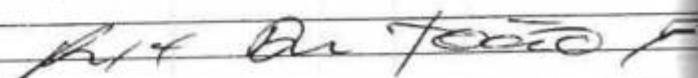
AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Hipóteses Diagnósticas: Conduta: 

Eduardo Paz Júnior  
Médico  
CRM 12.111





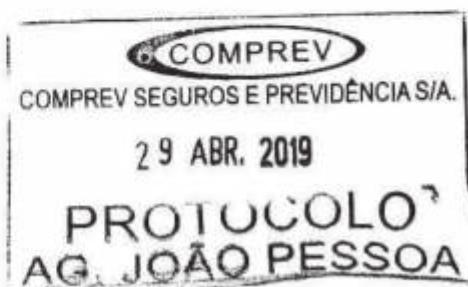
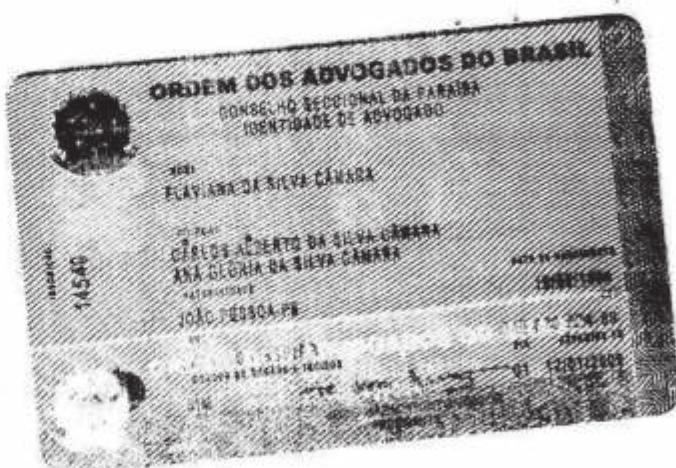
## CARTÃO DE RETORNO

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



A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word 'COMPREV' is written in a large, bold, sans-serif font, with a small oval containing a registered trademark symbol (®) to its left. Below 'COMPREV', the text 'SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.' is written in a smaller, all-caps, sans-serif font. At the bottom of the stamp, the date '29 ABR. 2019' is printed. The stamp is angled, with the top pointing towards the top-left corner of the page. The text 'PROTOCOLO' and 'AG. JOÃO PESSOA' is handwritten in black ink across the bottom of the stamp.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/05/2019

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Evaldo Almeida de Araujo e Silva, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão moto boy, residente e domiciliado à Rua Sargento João Costa, nº 11, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep. 58058-220, portador(a) do RG nº 94.8901, SSP/PB e CPF nº 395.487.674-49

Outorgado: Floriana da Silva Bahmre, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep. 58000-000, 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 (Ass. Out. e Prof. e Silva)  
Outorgante  
CPF Nº 395.487.674-49

  
CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Trânsito / Bel", Rosângela Vieira Batista - Presidente  
Rua Dom Pedro de Araújo, 45 - Mangabeira - CEP 58058-220 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3222-0222

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
EVALDO ALMEIDA DE ARANJO E SILVA

\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 17/04/2019 11:11:43  
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCREVENTE AUTO  
[2019-017844]EMOL:R\$ 49,91 FAROENAL:R\$ 29 FEPJ:R\$ 1,98 IN:R\$ 1,98 Rua Engr. Pereira de Araújo, 40, Mangabeira  
SELO DIGITAL: AIL63978-517L  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.tj.br> João Pessoa-PB



• COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17/04/2019

PROTÓCOLO  
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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/11/2018

**Titular do CPF:** EVALDO ALMEIDA DE ARAUJO E SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/11/2018

EVALDO ALMEIDA DE  
ARAUJO E SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA