

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170611943

Vitima: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611943**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170611943**

Vitima: **EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

Data do Acidente: **25/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170611943**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170611943
Vitima: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA
Data do Acidente: 25/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170611943**.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

00030161

Carta nº 12878432

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)


INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Está obrigatório Representante Legal para:

08/11/2017

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mão, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mão, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

644.076.854-72

Nome completo da vítima

Edivaldo do Nascimento Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Edivaldo do Nascimento Oliveira	644.276.854-72	Autônomo	
Endereço	Número	Complemento	
Rua São Francisco	212	A	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
13 de Maio	João Pessoa	PB	58025-290
Email	Telefone (DDD) 83 9 8860 9189		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

0904

46337

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

BANCO: Name _____ NPI _____

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 06 de outubro de 2017

Local e Data

Edivaldo do Nascimento Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Caixa Econômica Federal	Caixa Loterias CAIXA	
	SAC 0800 726 0101	OUVIDORIA 0800 725 7474
240-485966791-7		
05/SET/2017	HORA DF 09:34:01	
DT: 13.23214-9	TERM: 049357	
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA	AG. VINCULADA: 0037	
CONTROLE: 680026394		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> DEPÓSITO EM DINHEIRO 0904 013 00046937-6 EDIVALDO DO N OLIVEIRA VALOR : 0000 </div>		
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO 240-485966791-7		
2 VIA		

SINCUR/PB

06 July 2017



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0361 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: FABRICIO JOSÉ DE ALMEIDA			Posto/Graduação: CB /PM
Rua, Avenida, Cruzeamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Presidente Epitácio Pessoa		Hora: 16:10	Bairro: Expedicionários	Município: João Pessoa
Data/Ocorrência 25-05-2017	Dia da Semana Quinta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Colisão	Tipº de pavimento Asfalto
				Condições/Via Seca
				Tempo Bom

Envolvidos no acidente (Quantidade)
02 veículos
Controle do tráfego no local
Pista Dupla/Via de Sentido Único

CONDUTOR 01

Nome Lúcia de Fátima Lima	Sexo Feminino	Nascimento 18-06-1957	RG 332543
Endereço Rua Huerta Ferreira de Melo 300, Apt. 502, Jardim Oceania, PB - Tel.(083)98757-7247.			
1ª Habilitação 18-09-1995	Categoria B	Registro CNH N.º 00756650717	U.F. PB
		Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 29-05-2020
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim. - 0,00mg/l		Destino do Condutor Permaneceu no Local	

VEÍCULO 01

Marca Honda City	Espécie Automóvel	Placa QFB-9328	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------

Nome do Proprietário
Lúcia de Fátima Lima

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012710708878	Renavan N.º 01255023454	Data da Emissão 26-08-2016
-----------------------------------	---	--	---

Defeitos
Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via A na faixa do Centro, quando já se encontrava parada, o V2 colidiu na traseira do seu veículo, já tinha veículos também parados na frente e atrás do V1. Adianto que o V1 trafegava no sentido Centro/Praia.

CONDUTOR 02

Nome Edivaldo do Nascimento Oliveira	Sexo Masculino	Nascimento 23-01-1966	RG 1638576
---	---------------------------------	--	-----------------------------

Endereço
Rua São Francisco 212, 13 de Maio, PB - Tel.(083)98880-9184.

1ª Habilitação 19-05-1987	Categoria B	Registro CNH N.º 01213726476	U.F. PB
		Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 02-12-2018
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital Orto Trauma	

VEÍCULO 02

Marca Honda CG 150	Espécie Motocicleta	Placa NQD-5662	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------

Nome do Proprietário
EFC Veículos Ltda.

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012824910544	Renavan N.º 01000798450	Data da Emissão 01-12-2016
-----------------------------------	---	--	---

Defeitos
Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou no Bptran no dia 05-06-2017 às 12:10h e disse que: trafegava na via A, na faixa da direita no sentido Centro/Praia, quando deparou-se com o V1 que freou de repente sem motivo aparente, tentou desviar do mesmo, mas não conseguiu, atingindo a traseira do V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Contumácia com o Original
Assinatura:
EM: QP

CERTIFICAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0361 - 2017

VÍTIMA 01

Nome Edivaldo do Nascimento Oliveira	Sexo Masculino	Nascimento 23-01-1966
Endereço Rua São Francisco 212, 13 de Maio, PB - Tel:(083)98880-9184,	Viajava no Veículo N° 02	Usava Cinto
Condicação da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital Orto Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o C1 realizou o teste de etilômetro dando como resultado 0,00mg/l e o C2 foi socorrido ao Hospital Orto Trauma, pela AR-46, CB Belo e o V2 conduzida ao Pátio do Bptran para complemento de laudo. O acidente se deu onde trafegava o V1.

João Pessoa - PB, 14 de Junho de 2017.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 05/06/2017
Assinatura


Fabrício José de Almeida CB PM
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUÍDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/ 2017

AMARRAÇÕES

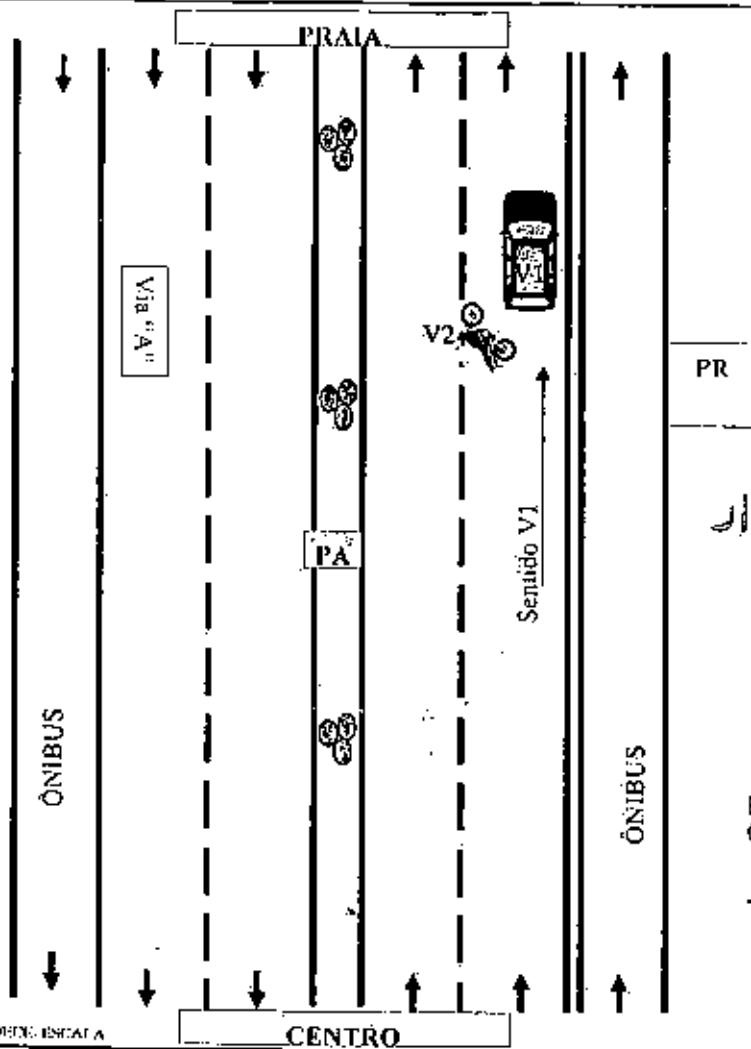
VIA "A" - Avenida Epitácio Pessoa 12,00metros

PR (Ponto de Referência) Igreja Universal

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo-01) Eixos Dianteiro Esquerdo 09.00 e Traseiro Esquerdo 07.00 metros para (PA)

V2 (Veículo-02) Eixos Dianteiro Direito 05.60 e Traseiro Direito 06.10 metros para (PA)



INCUR/PB

08 NOV. 2017

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 05/10/2012

ASSINATURA



V1

V2

Fabrício Júnior de Almeida Cl PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

SINCER/PI

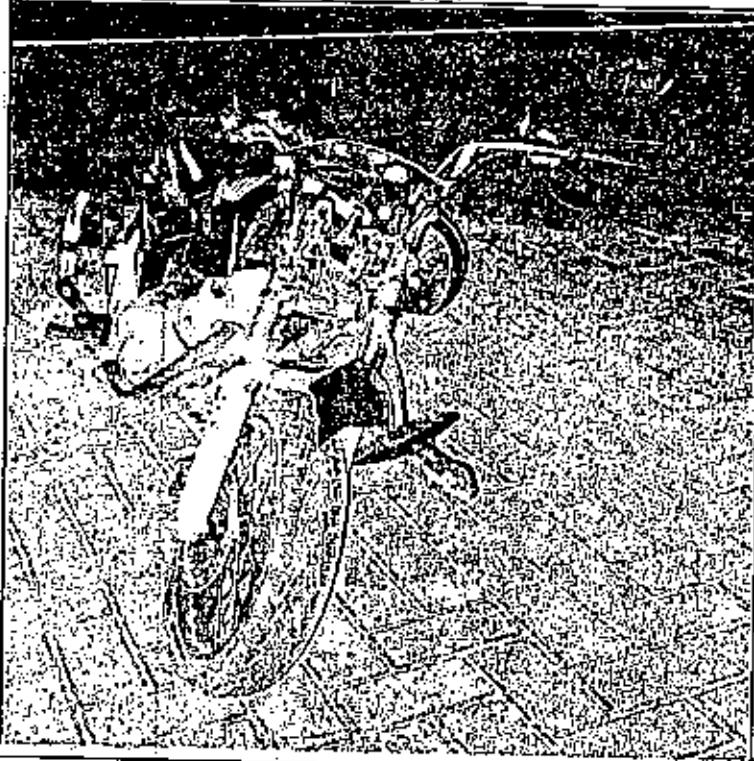


08 NOV. 2017

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0361/ 2017

FOTOS DO V2

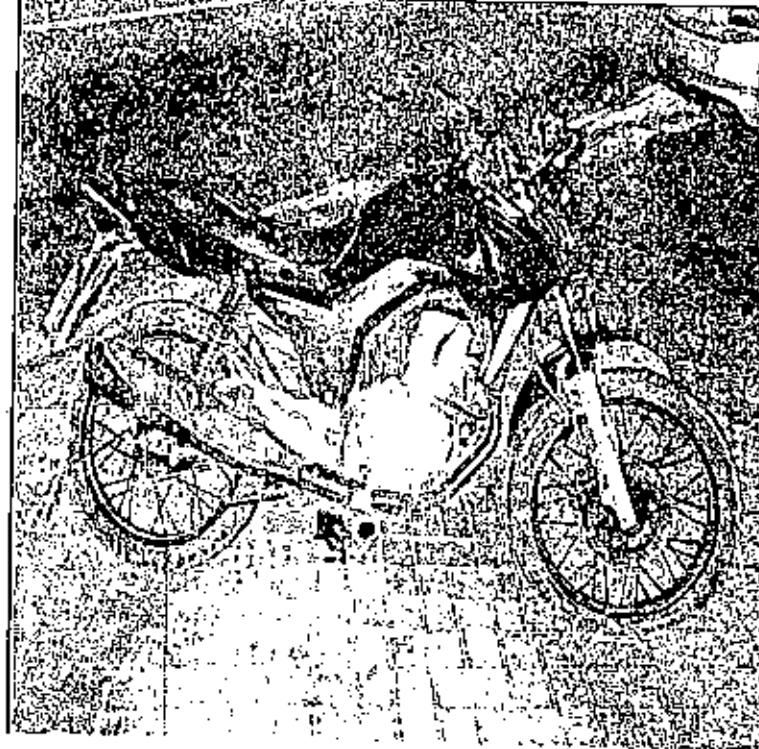
FRENTE (V2)



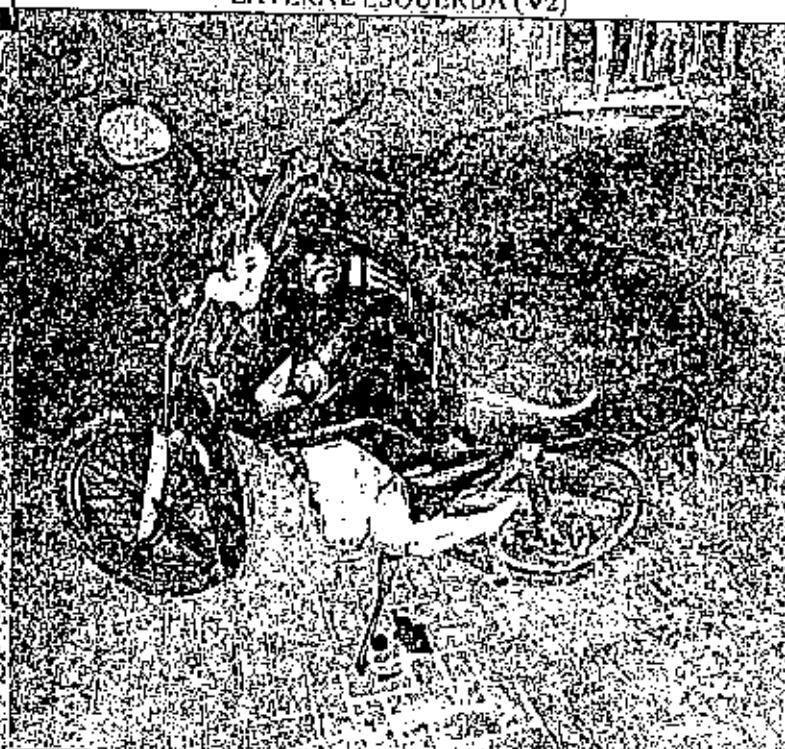
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 05/07/2017

Fábricio José de Almeida Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO-METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/ 2017

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/07/2017

[Signature]
Assinatura

2

Fábio Henrique de Almeida Ch. 1ºM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0361 – 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda City	Placa: QFB-9328	Responsável pelo Preenchimento: Cb Fabricio	Data: 25-05-2017
-----------------------------	--------------------	--	---------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Avaliação			Avaliação						
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de rodá dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de rodá traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de rodá traseira esquerda		x		21	Caixa de rodá dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações:

00=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda FAN	Placa: NQD-5662	Responsável pelo Preenchimento: CB Fabricio	Data: 25-05-2017
----------------------------	--------------------	--	---------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Avaliação			Avaliação						
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			01	

Observações:

01=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 14 de Junho de 2017.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 05/07/2017

ASSINATURA

Fabricio José de Almeida CB PM
 Responsável pelo Levantamento

JINCUR/PB

08 NOV. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1633576 e inscrito no CPF/MF sob o nº 644 276 834-73 residente e domiciliado na Rua São Francisco nº 212-A, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14/09/17

Local e data

SINCER/PR

08/09/2017



VISTO EM: 24/07/2023

Comandante do BAPMS

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR 3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 17 de julho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 253/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 25/05/2017, conforme requerimento nº 244/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 17h34min o/a Sr. (a) **EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA** CPF 644.267.854-72, vítima de acidente de trânsito, colisão (carro x moto), ocorrido em frente a Igreja Universal na avenida Epitácio Pessoa, Bairro Tambauzinho, João Pessoa - PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o/a, **CABO BM MARCIO BELO DOS SANTOS**, Matrícula: 522.178-1. Ao chegar ao local constatou que a vítima estava em decúbito dorsal, consciente e orientada, sentindo dor no punho direito e com suspeita de fratura fechada. Usava capacete e era o condutor da motocicleta. Que, após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Hélio Lucena.

Para constar, eu Felipe Messias Filho - SD-BM-Mat. 526.042-6, (✓) auxiliar da 3^a Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3^a Seção/BAPH.

Josinete B. dos Santos
TEN. QDAM-51724013

Chefe da 3^ª Seção

SINCOR/PR

08 May 2017



GOVERNO DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Octávio Lisboa, S/Nº, Centro, João Pessoa - PB
Fone: (83) 3243-8046 / (83) 3215-5757 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: cbpb@bombeiros.pb.gov.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira

RG nº 1.6.3.8576, data de expedição 02/12/13, Órgão SSP/PB

CPF nº 644 276 854-72, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco</u>
Número	<u>212-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro Trze de Maio</u>
Cidade	<u>José Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58010-090 58025-290</u>
Telefone de Contato	<u>9 8680 5250 8880 91 84</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: José Pessoa, 14/09/17

Assinatura do Declarante

Edivaldo do Nascimento Oliveira

SINCUR/PB

08 nov. 2017



EDIVALDO N OLIVEIRA
R SAO FRANCISCO 212
TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA PB
58025-290

0822455

IN CUR/PB

00 NOV. 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira

RG nº 1.6.3.8576, data de expedição 02/12/13, Órgão SSP/PB

CPF nº 644.276.854-72, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco</u>
Número	<u>212-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro Trze de Maio</u>
Cidade	<u>José Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58010-090 58025-290</u>
Telefone de Contato	<u>9 86805250 88809184</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: José Pessoa, 14/09/17

Assinatura do Declarante

Edivaldo do Nascimento Oliveira

SINCUR/PB

08 nov. 2017



EDIVALDO N OLIVEIRA
R SAO FRANCISCO 212
TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA PB
58025-290

0822455

IN CUR/PB

00 NOV. 2017



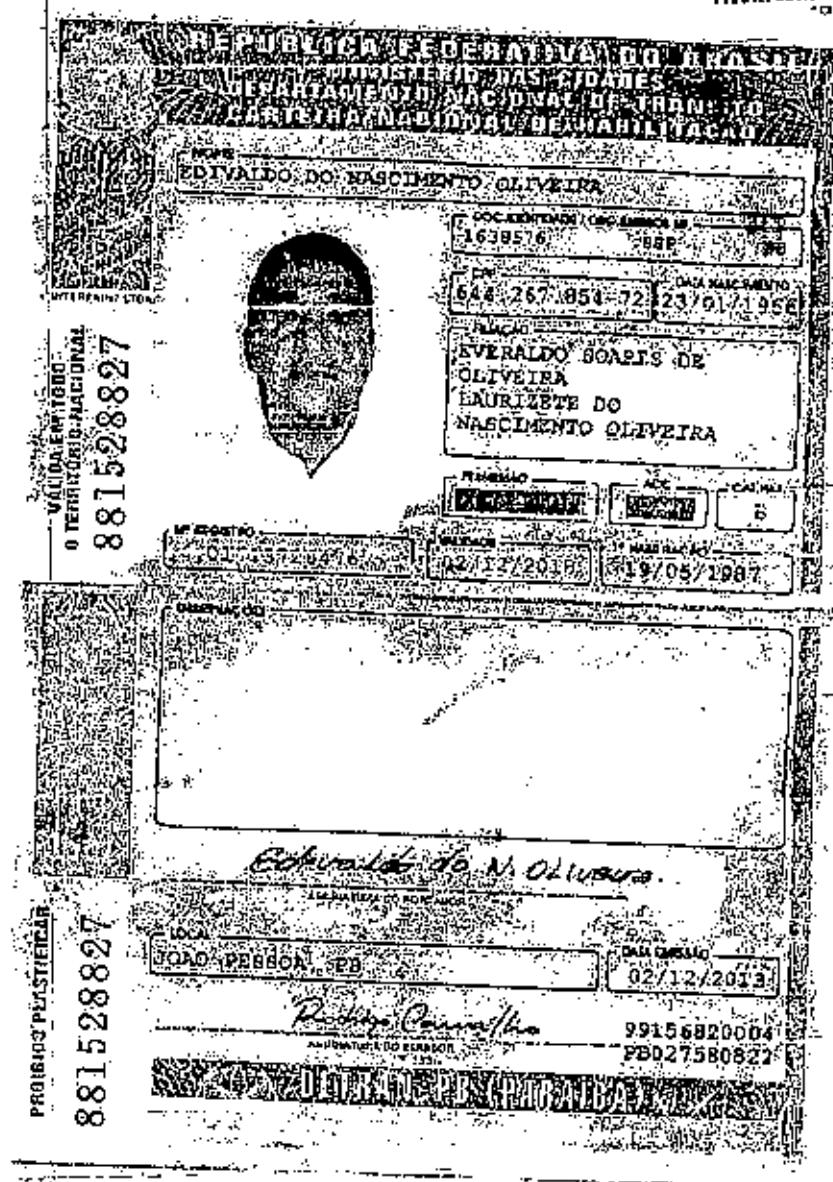
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Edvaldo Nascimento Oliveira			PONTUARION	
IDADE	SEXO	ODR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
25/05/2017	02/06/2017				
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Fratura do rádio distal			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	TAC crural (Perna + fraca) (consultar)				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Dr ROBERTO SANTOS			SINCR/PR	
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA				08 NOV. 2017	
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, CONFLUÍDOS)	Perda de sentimento de dor no lado esquerdo.				

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA:					

RETORNO	Ao posto de saúde em Dr ROBERTO SANTOS para retirada de pontos. Ao Ambulatório do CONSÓLIDA em 30 dias para revisão.				
	DATA: 02/06/2017 				
	Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				
	ASS. MÉDICO / CRM				



SINCUR/PR

08 NOV. 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611943 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Apresentar BAM - Boletim de Atendimento Médico do primeiro atendimento com descrição das lesões agudas e das condutas médicas tomadas para corrigi-las

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: