

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**

Carta nº 11996021



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 LÍDER 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**

Carta nº 12019179



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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 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.

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

**SINGOV/PB**

08 NOV. 2017

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 644276854-72	Nome completo da vítima Edivaldo do Nascimento Oliveira
---------------------------	-------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Edivaldo do Nascimento Oliveira	CPF titular da conta 644276854-72	Profissão autônomo
Endereço Rua São Francisco	Número 212	Complemento A
Bairro 13 de Maio	Cidade João Pessoa	Estado PB
E-mail	CEP 58025290	Telefone (DDD) 83 988609184

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"/> RECUSO 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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO: _____ N°: _____ AGÊNCIA: _____ D/V: _____ N°: _____ 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

4P Loterias CAIXA 4P Loterias CAIXA 4P Loterias CAIXA 4P Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

240-405965791-7

05/SET/2017

HORA DE 09:34:01

OT: 13.23214-9

TERM: 049387

LOCALIDADE: JUAZ DO NORTE

AG. VINCULADA: 0037

CONTROLE: 080326394

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0004 013 00046337-6

EDIVALDO DO N OLIVEIRA

VALOR

750

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

240-405965791-7

VIA

JINCOR/PB

08 NOV. 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**

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

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

<b>CONDUTOR 01</b>							
<b>Nome</b> Lúcia de Fátima Lima		<b>Sexo</b> Feminino	<b>Nascimento</b> 18-06-1957	<b>RG</b> 332543			
<b>Endereço</b> Rua Huerta Ferreira de Melo 300, Apt. 502, Jardim Oceania. PB - Tel.(083)98757-7247.							
<b>1ª Habilitação</b> 18-09-1995	<b>Categoria</b> B	<b>Registro CNH N.º</b> 00756650717	<b>U.F.</b> PB	<b>Ex. méd./Dia</b> Sim	<b>Data Vencimento</b> 29-05-2020	<b>Usava cinto</b> Sim	<b>Usava Capacete</b>
<b>Exame de Embriaguez Alcoólica</b> Sim - 0,00mg/l			<b>Destino do Condutor</b> Permaneceu no Local				

<b>VEÍCULO 01</b>					
<b>Marca</b> Honda City	<b>Espécie</b> Automóvel	<b>Placa</b> QFB-9328	<b>Categoria</b> Particular	<b>Município</b> João Pessoa	<b>U.F.</b> PB
<b>Nome do Proprietário</b> Lúcia de Fátima Lima					
<b>Seguradora</b> DPVAT	<b>Bilhete Nº</b> 012710708878	<b>Renavan Nº</b> 01255023454	<b>Data da Emissão</b> 26-08-2016		
<b>Defeitos</b> Nada constatado					

**SINOPSE**  
 06/05/2017

**VERSÃO 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.

<b>CONDUTOR 02</b>							
<b>Nome</b> Edivaldo do Nascimento Oliveira		<b>Sexo</b> Masculino	<b>Nascimento</b> 23-01-1966	<b>RG</b> 1638576			
<b>Endereço</b> Rua São Francisco 212, 13 de Maio. PB - Tel.(083)98880-9184.							
<b>1ª Habilitação</b> 19-05-1987	<b>Categoria</b> B	<b>Registro CNH N.º</b> 01713726476	<b>U.F.</b> PB	<b>Ex. méd./Dia</b> Sim	<b>Data Vencimento</b> 02-12-2018	<b>Usava cinto</b>	<b>Usava Capacete</b>
<b>Exame de Embriaguez Alcoólica</b> Não			<b>Destino do Condutor</b> Socorrido ao Hospital Orto Trauma				

<b>VEÍCULO 02</b>					
<b>Marca</b> Honda CG 150	<b>Espécie</b> Motocicleta	<b>Placa</b> NQD-5662	<b>Categoria</b> Particular	<b>Município</b> João Pessoa	<b>U.F.</b> PB
<b>Nome do Proprietário</b> FFC Veículos Ltda.					
<b>Seguradora</b> DPVAT	<b>Bilhete Nº</b> 012824910544	<b>Renavan Nº</b> 01000798450	<b>Data da Emissão</b> 01-12-2016		
<b>Defeitos</b> Nada constatado					

**VERSÃO 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 Conformidade com o Original  
 EM: 05-10-2017  
 ASSINATURA

VÍTIMA 01

Nome <b>Edivaldo do Nascimento Oliveira</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>23-01-1966</b>
Endereço <b>Rua São Francisco 212, 13 de Maio, PB - Tel.(083)98880-9184.</b>		

Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Viajava no Veículo Nº <b>02</b>	Usava Cinto
	Conduzida Para <b>Hospital Orto Trauma</b>	

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 Patio 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)*  
ASSINATURA

*(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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/ 2017

AMARRAÇÕES

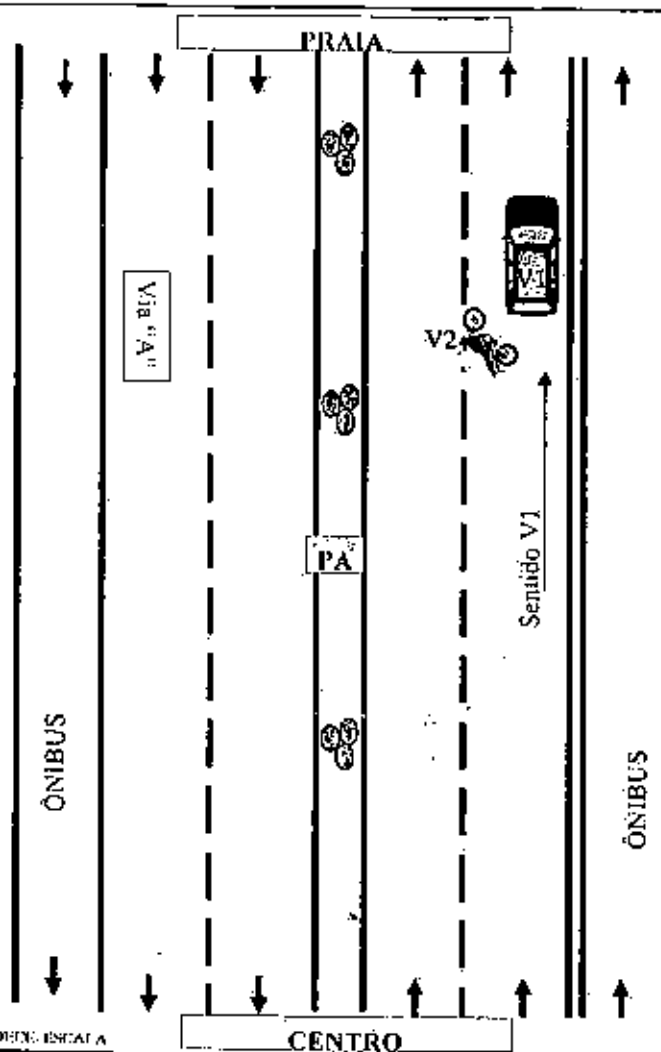
VIA "A" - Avenida Epitácio Pessoa 12,00 metros

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)



PR

JINCUR/PB

08 NOV. 2017

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 05/10/2017

ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO COMBIDEN. ESCALA 1:1

CENTRO

AVARIAS



V1



V2

Fabrizio José de Almeida Ch 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

SINCUN/P

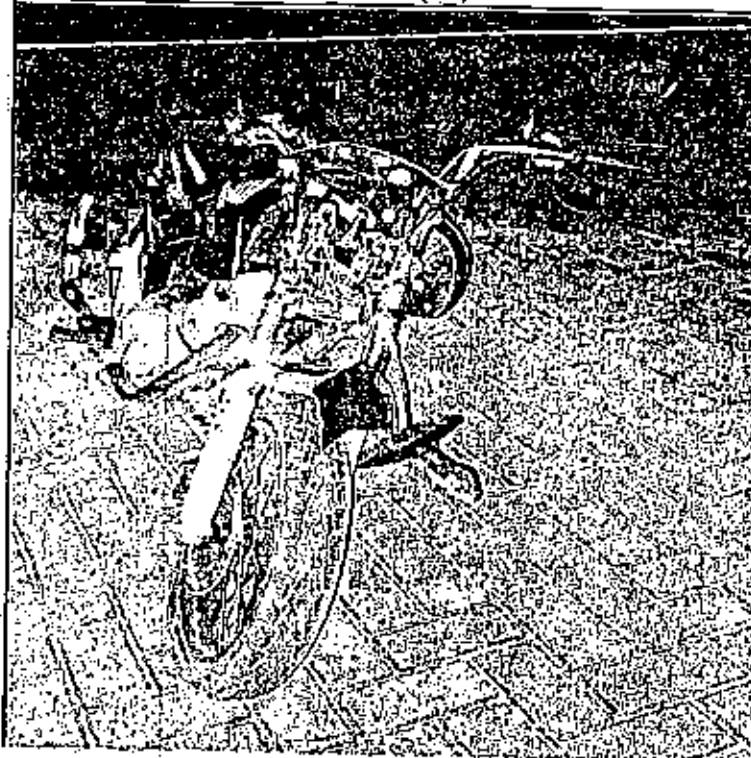
08 NOV. 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 03641/2017

FOTOS DO V2

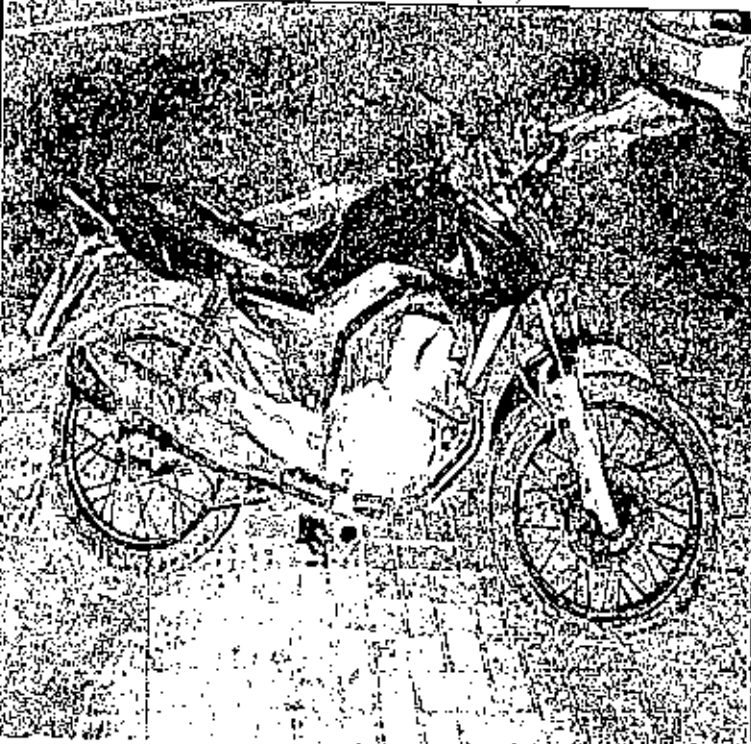
FRENTE (V2)



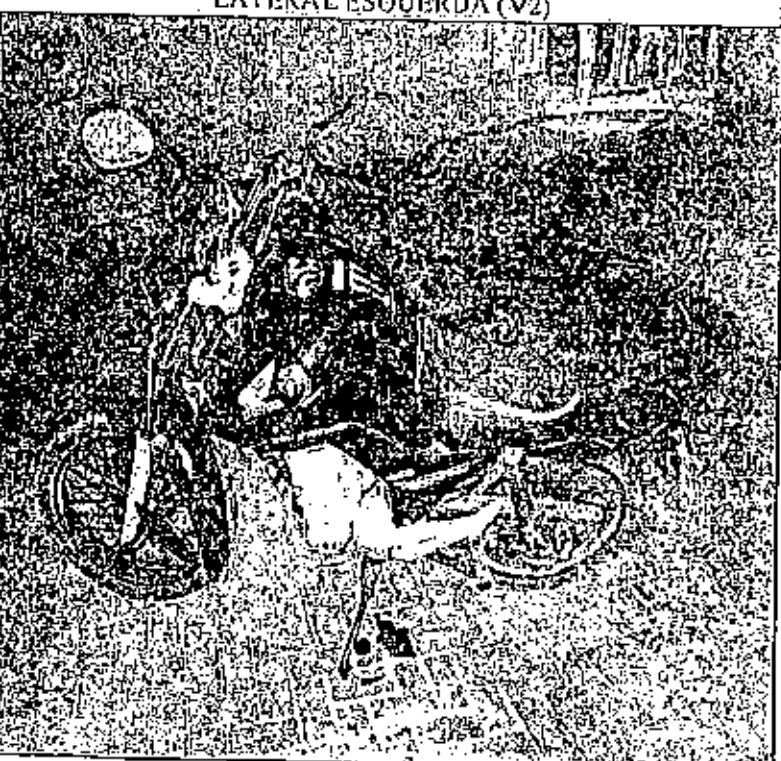
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



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

ASSINATURA

Fabrizio 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: 05/02/2017

ASSINATURA

Fabrizio José de Almeida Cb 1ª M  
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 Fabrício

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 roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda 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 roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda 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/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:  
Honda FAN

Placa:  
NQD-5662

Responsável pelo Preenchimento:  
CB Fabrício

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 (triclitos)		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.

Fabrício José de Almeida CB PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 25/06/2017

ASSINATURA

JINCOR/PB

08 NOV. 2017

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1638576 e inscrito no CPF/ME sob o nº 644276854-73 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.

Edivaldo do Nascimento Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14/09/17

Local e data

SINCOR/PR

08 NOV. 2017



VISTO EM: 22/07/2017

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 17 de julho de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 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 Humberto Lucena.

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

Josinete B. dos Santos

TEN. QOAM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção

**SINCOR/PR**

08 NOV. 2017



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,  
Rua Doutor Orestes Lisboa, 51º, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-8044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7879 (FAX) - E-mail: crahbba@bombeiros.pb.gov.br



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira

RG nº 1.638.576, data de expedição 02/12/13, Órgão SSP/PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco</u>
Número	<u>212-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro Trize de Maio</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u><del>58010-650</del> 58025-290</u>
Telefone de Contato	<u>986805250 88809184</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 14/09/17

Assinatura do Declarante

Edivaldo do Nascimento Oliveira

SINCOR/PB

00 NOV. 2017



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

212

0822455

JINCOR/PB

02 NOV. 2017



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira

RG nº 1.638.576, data de expedição 02/12/13, Órgão SSP/PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco</u>
Número	<u>212-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro Trize de Maio</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u><del>58010-650</del> 58025-290</u>
Telefone de Contato	<u>986805250 88809184</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 14/09/17

Assinatura do Declarante Edivaldo do Nascimento Oliveira

SINCUR/PB

00 NOV. 2017





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

212

0822455

JINCOR/PB

02 NOV. 2017



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Edvaldo Nascimento Oliveira		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	RNF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
25/05/2017		02/06/2017			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do rádio distal					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES				TLC completo (Pulmão + torácico parietal)	
PROCEDIMENTO REALIZADO:				Dr. ROBERTO SANTOS	
TERAPIA MEDICAMENTOSA				SINCUR/PR	
ANATOMIA PATOLÓGICA				08 NOV. 2017	
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CONDIÇÃO DE ALTA		<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente admitido em 25/05/2017.	
Sem alterações correntes.	

DIETA:		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
REPOUSO:	Relative em casa por 30 dias.		
	Retorno às atividades sem 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:		Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:			

RETORNO	Ao posto de saúde em 02/06/2017 para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do COM OT SEMANA em 30 dias para revisão.

DATA	02/06/2017	ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar		
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAM. DO  
SERVIÇO NACIONAL DE REABILITACAO

EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. (CÓDIGO) 1638576

DATA NASCIMENTO 23/01/1956

ENDEREÇO: R. VERALDO SOARES DE OLIVEIRA, LAURIZETE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

PROBACAO PLASTIFICAR 881528827

VALOR EMITIDO 0 TERRITÓRIO NACIONAL 881528827

EDIVALDO DO N. OLIVEIRA

DATA EMISSAO 02/12/2013

99155820004  
PB027580827

SINCUR/PR

08 NOV. 2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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:**