

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVANIO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180568711**

Vítima: **EDIVANIO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **19/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180568711**.

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 13674331



---

**Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180568711**

**Vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDIVANIO ALVES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

071.004.514-00

Nome completo da vítima

EDIVANIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo <b>EDIVANIO ALVES DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>071.004.514-00</b>	Profissão <b>RECUSOU</b>
Endereço <b>SÍTIO VAZIA DO ARROZ</b>		Número <b>S/Nº</b>	Complemento <b>DISTRITO GALANTO</b>
Bairro <b>ÁREA RURAL</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.446-000</b>
Email <b>RECUSOU</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 9.8889-3447</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 NRO. **0041** D/V ☐ CONTA NRO. **00514980** D/V **6**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO   
AGÊNCIA NRO.  D/V ☐ CONTA NRO.  D/V ☐  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

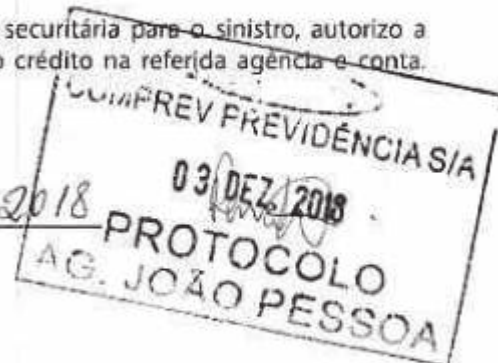
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

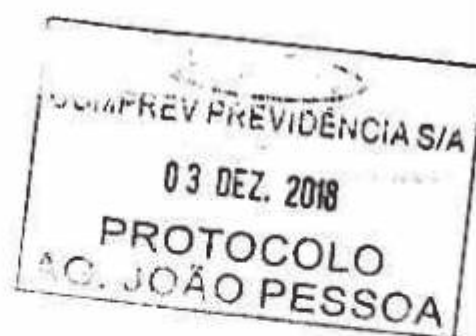
C. GRANDE, 29 de Novembro de 2018  
Local e Data

X Edivanio Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

Número do Sinistro ou ASL: 071.004.514-00 CPF da Vítima: 071.004.514-00 Nome completo da vítima: EDIVANIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: <b>EDIVANIO ALVES DA SILVA</b>		CPF titular da conta: <b>071.004.514-00</b>	Profissão: <b>RECUSOU</b>
Endereço: <b>SITIO VAZIA DO ARROZ</b>		Número: <b>S/NR</b>	Complemento: <b>DISTRITO DE GALANTE</b>
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58.446-000</b>
Email: <b>RECUSOU</b>			Telefone (DDD): <b>(83) 9.8889-3447</b>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b>		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b>		<input type="checkbox"/> <b>ATÉ R\$ 1.000,00</b>		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>	
<input type="checkbox"/> <b>R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00</b>		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00</b>		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00</b>		<input type="checkbox"/> <b>ACIMA DE R\$ 10.000,00</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPEANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> <b>BRASECO (237)</b> <input type="checkbox"/> <b>BANCO DO BRASIL (001)</b> <input type="checkbox"/> <b>ITAU (341)</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0041</span> D/V: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		CONTA NRO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00514980</span> D/V: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</span>		BANCO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> NRO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		AGÊNCIA NRO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> D/V: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

C. GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CAIXA PREVIDÊNCIA S/A

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PROTOCOLADO**

**22 DEZ 2018**





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000555/18 registrada em 19/11/2018, que passo a transcrever na íntegra: do mês de novembro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:36 horas, compareceu o Sr. EDIVANIO ALVES DA SILVA, com 31 anos de idade, filho de JOSE ALVES DA SILVA e MARIA DO SOCORRO ALVES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Completo, profissão VIGILANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3123909 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07100451400, residindo à rua SÍTIO VÁRZEA DO ARROZ, S/N, bairro ÁREA RURAL DO DISTRITO DE GALANTE, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h40min do dia 19.08.2018, estava trafegando pela Rodovia PB 100, que liga o Distrito de Galante a cidade de Fagundes/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XRE 300, ano/modelo 2010/2010, de cor vermelha, chassi nº 9C2ND0910AR025690, de placa NIH-8325/PB, licenciada em seu nome (Edivânio Alves da Silva), quando na entrada da cidade o pneu dianteiro da moto derrapou e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTRAN, motivo pelo qual não foi elaborado o Boletim de acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 19 de Novembro de 2018

*Edivânio Alves da Silva*

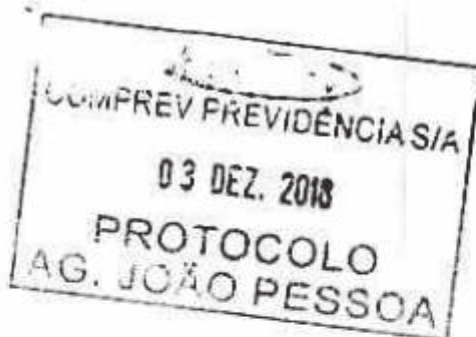
EDIVANIO ALVES DA SILVA

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF da Vítima

071.004.514-00

Data do Acidente

19/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

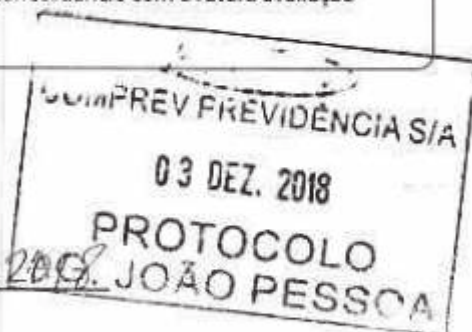
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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



C. GRANDE, 29 de Novembro de 2018

Local e Data

Edivanio Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDIVANIO ALVES DA SILVA

CPF da Vítima

071.004.514-00

Data do Acidente

19/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

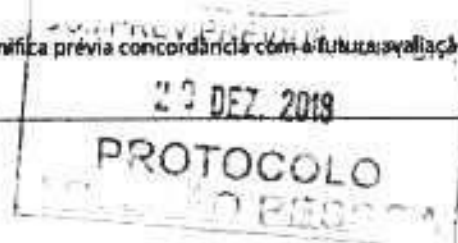
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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



C. G. M. A. 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

EDIVANIO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192

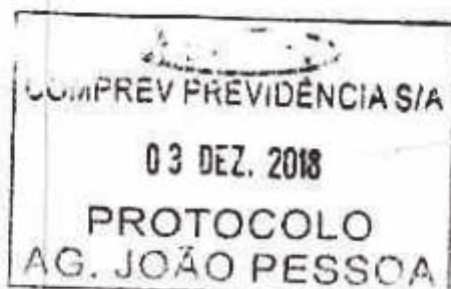


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 19/8/2018	HORA: 20:17 HRS	ID Nº: 1718498
NOME:	EDIVANIO ALVES DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	NA ENTRADA DA CIDADE - CENTRO	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	FAGUNDES/ PB	
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 14 de novembro de 2018.



  
Deocleio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIVANIO ALVES DA SILVA,

RG nº 3.123.909, data de expedição 02/06/2016 Órgão SSP/PB,

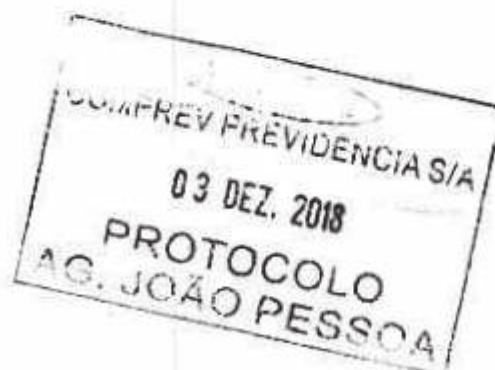
CPF nº 071.004.514-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SÍTIO VAZIA DO ARROZ
Número	S/Nº
Apto / Complemento	DISTRITO DE GALANTÊ
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58.446-000
Telefone de Contato	(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160
E-mail	RECUSOU

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE - 29/11/2018

Assinatura do Declarante: EDIVANIO ALVES DA SILVA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**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.

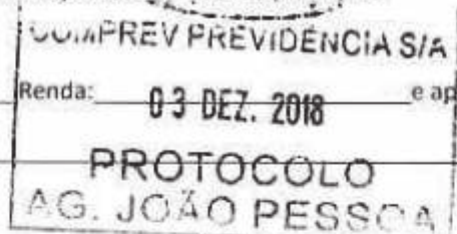
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.849.034 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIVANIO ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.004.514 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDIVANIO ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o 071.004.514 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda: 03 DEZ. 2018 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar



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

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

Endereço	RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		Número	25	Complemento
Bairro	MIRANTE	Cidade	CAMPINA GRANDE	Estado	PB
Email	alexandredpvat@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	(83) 3342-2471	
			Telefone celular (DDD)	(83) 9.9128-1980	

CAMPINA GRANDE, 29 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante



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=29536>

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 **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **027.849.034 / 43**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.004.514 / 00**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **071.004.514 / 00** conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

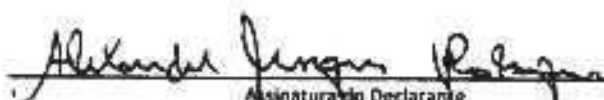
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <b>RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA</b>		Número <b>25</b>	Complemento
Bairro <b>MIRANTE</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.407-548</b>
Email <b>alexandredpvat@hotmail.com</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(83) 3342-2471</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 9.9128-1880</b>

**CAMPINA GRANDE**, 19 de **DEZEMBRO** de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

AC. 3342-2471  
PROTOCOLADO  
20 DEZ 2018



GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1716419

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/08/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: EDVÂNIO ALVES DA SILVA Nascimento: 20/03/1987

SILVA

Endereço: VAZIA DO ARROZ

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável: RAQUEL

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS

Especialidade:

Profissão: VIGILANTE

CNS: 558845

Telefone: 986033651

Bairro: ZONA RURAL

Sexo: M

Idade: 031

RG:

CPF:

Data de

Atend: 19/08/2018

Hora: 21:54:15

Convenio: SUS



3

( ) Centro chirurgico \_\_\_\_\_

( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

**Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

**CBO**

IDADE

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*Soma*

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Edson Alves da Silva</i>		
End:	<i>Rua Glória do Amor</i>		
Data de Nascimento:	<i>20.03.1987</i>	Documento de Identificação:	<i>94.987.888-9</i>
Queixa:	<i>Colecho</i>		
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:	<i>130x80</i>						
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Frequência cardíaca:	<i>70</i>		
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	( ) Normocorada	( ) Pálida	

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas  
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*Mahayna Cavalcanti S.*  
COREN-PA 10.141

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

- Sutura em  
curo fechado.  
após
- Encominhar  
para ala  
Amarela



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alcance	Alojamento	Leito	Convênio
Enfermeiro	Alcance			

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

10 de

10 de

FX exposta Fx do OE QDn.

+ RFX clavícula (D.)


[illegible]



[illegible]



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edvario Alves da Silva</u> DN= <u>20/03/87</u>						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de - Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 03</u>	<u>SUS</u>	<u>31 anos</u>	<u>1716419</u>		
CIRURGIA <u>Tat. Cirúrgico de fr. de 2º dedo da mão esquerda.</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Juvenio</u>				
ANESTESIA <u>local</u>		ANESTESIA <u>o mesmo</u>				
INSTRUMENTADORA <u>André</u>		DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>19/08/18</u>	<u>23h</u>	<u>23h40</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catcl. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catcl. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande *		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	01	Mononylon 3-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0 <u>proced.</u>		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocorid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio lit.			
	Glucoc de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degamante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Solução Antiséptica <u>Cloridina</u>	02	SG Normotérmico fr 500 ml <u>5F p/ lavagem</u>	
	Lasix amp.		Saco coletor <u>de lixo</u>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda loiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	02	<u>fio de Kirschman n. 2,5</u>	
	<u>Q15 Lidocaína 1%</u>		Sonda Uretral nº			
			Steridrom ml			
			Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguha desc. 3 x 4,5		<u>05 elixíres</u>			
	Aguha p/ raque nº					
<u>Q15</u>	Álcool de Enfermagem <u>70%</u>			<b>EQUIPAMENTOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico <u>Sabrina + Sueli</u> <b>CIRCULANTE RESPONSÁVEL</b>		
	Álcool Iodado ml					
<u>01</u>	Ataduras de Crepon <u>15 cm</u>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					



78130105 = 114      mltz. ab. mltz. ab. mltz. ab.  
 01101111      202      80.11.12  
 01101111      202      80.11.12  
 01101111      202      80.11.12  
 01101111      202      80.11.12

01101111      202      80.11.12      202  
 01101111      202      80.11.12      202

0-0

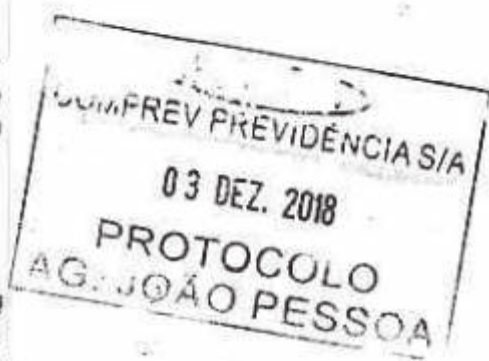
10.01

- 10.01

210

1-0

10  
10  
10



210  
10  
10

21 19 72

21 19 72

2,1 - mltz. ab. mltz. ab.

21 19 72

X

X

21 19 72

10.01

21 19 72

21 19 72

21 19 72

21 19 72





### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Start Date



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDVÂNIO ALVES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1716444

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/03/1987

9 - SEXO

Masc ☒ ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DE TELEFONE

83

986033651

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

VAZIA DO ARROZ, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

1 Dor a deformidade O2: joelho doct  
mão (E)  
Rx: Fx F1 do O2: QDE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Hx. cirurg.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Rx + Hx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx exposto fíb. proximal O2: 400

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

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

980016294174142

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

TAMMER GOMES DE MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/2018

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

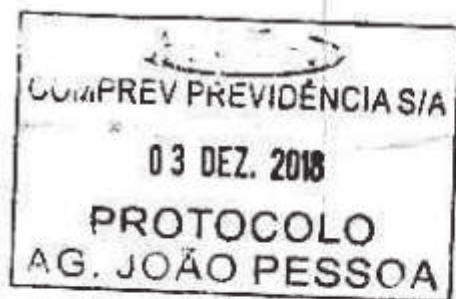
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA





**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

EDVÂNIO ALVES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1716444

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/03/1987

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DE TELEFONE 986033651

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

VAZIA DO ARROZ, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores de forma de 02 pontos de  
mão (E).  
Rx: Ex RI do 02. QDE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Presença de Hta crônica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exame físico normal

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNIS ( ) CPF

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

980016294174142

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

TAMMER GOMES DE MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/2018

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

41 - CEOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNIS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

UNIAO PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA





**Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

## LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Edvanio Alves da Silva**

Endereço: Sítio Vazia do Arroz, Zona Rural, Galante, Campina Grande, PB

**Data do Sinistro:** 19 de agosto de 2018.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto

Socorrido o para Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB.

**Apresentando:** fratura de clavícula direito, e fratura do 2ºquirodático da mão esquerda.

**Tratamento:** conservador: imobilização para a fatura de clavícula direita .  
cirúrgico: através de osteossíntese.

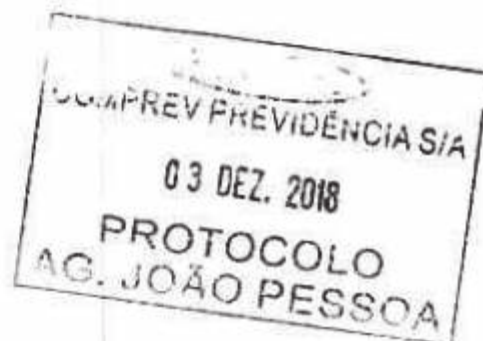
**Sequela apresentada ao exame físico:**

### **Ombro Direito**

- Fratura viciosamente consolidada
- Limitação para movimento articular do ombro
- Dores aos movimentos do ombro direito
- Deficit de força
- Não consegue pegar em objetos pesados e levantar

### **Mão Esquerda ( 2ºdedo)**

- Limitação no movimento articular extensão e flexão
- Não consegue segurar objetos pesados
- Fratura viciosamente consolidada



**Conclusão:** Sequela do **Ombro Direito** em grau leve com deficit funcional e anatômico em 40%. Sequela na Mão Esquerda 50% em grau moderado com deficit funcional e anatômico.

Campina Grande, 19 de novembro de 2018.

*Sonaly de F. Cavalcanti*  
**Dra. Sonaly de F Cavalcanti**  
CREFITO 6637 ABFF 145

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

L-234



*Edivanio Alves da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.123.909 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/2018

NOME  
EDIVANIO ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO  
JOSÉ ALVES DA SILVA  
MARIA DO SOCORRO ALVES

NATURALIDADE  
CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 20/03/1987

DOC. ORIGEM  
CERT. NASC. Nº2350 - LVA-03 - FLS.43 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF 071.004.514-00

0+

Dirigente de Serviço  
Rui A. S. Lima Jr.  
Chefe de Serviço de 20/03/83  
Mant. Civil e Criminal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-234

*Alexandre Marques Rodrigues*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 26/11/2013

NOME ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

FILIAÇÃO NEURI RODRIGUES DE SOUZA  
MARIA DE LOURDES MARQUES RODRIGUES

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/06/1977

DOC ORIGEM  
NASC.N.0936 FLS.135 LIV.002  
CARTÓRIO MASSARANDUBA-PB

CPF 027.849.034-43

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## Procuração Particular

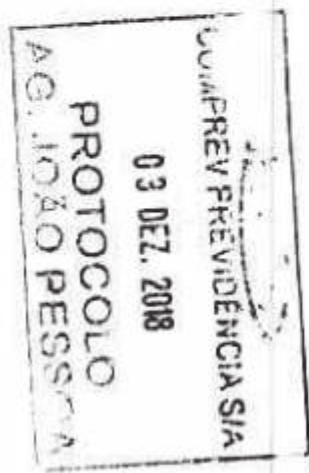
SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte sete (27) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **EDIVANIO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador da carteira de identidade de nº 3.123.909-SSP/PB, e CPF. 071.004.514-00, residente e domiciliado no Sítio Vazia do Arroz, s/nº – na zona rural da cidade de Galante-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, declarações de ausência de laudo do IML, autorização de pagamento, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 27 de Novembro de 2018.



EDIVANIO ALVES DA SILVA  
OUTORGANTE.

**FECHINE**  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
EDIVANIO ALVES DA SILVA.....  
Em test. da verdade. Campina Grande-PB 27/11/2018 09:43:47.34  
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente  
[2018-028276]JENIL:R\$ 19,48 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AN066070-ML1A  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpo.jus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Número do Sinistro:** 3180568711

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**Titular do CPF:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00**

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: 20/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

\_\_\_\_\_  
MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**Titular do CPF:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

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

### EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 03/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**Titular do CPF:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

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

### EDIVANIO ALVES DA SILVA : 071.004.514-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 03/12/2018  
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS