

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](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**

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

---

Rio de Janeiro, 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>SITIO VAZIA DO ARROZ</b>	Número <b>S/Nº</b>	Complemento <b>DISTRITO GALANTO</b>
Barro <b>ÁREA RURAL</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>RECUSOU</b>	CEP <b>58.446-000</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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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

004

00514980

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome:

Nº:

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 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

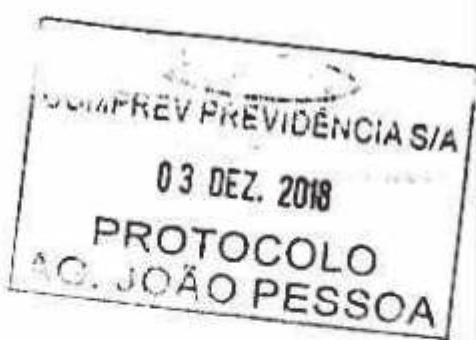
Local e Data

03 DEZ 2018  
LUMIPREV PREVIDÊNCIAS/A  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

X Edivane Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:**

E 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:

EDWINIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo		EDIVANIO ALVES DA SILVA	CPF titular da conta	071.004.514-00	Profissão	RECUSOU	
Endereço		SITIO VAZIA DO ATERROZ	Número	S/nº	Complemento	DISTRITO DE GALANTE	
Barro	Zona Rural	Cidade	CAMPINA GRANDE	Estado	PB	CEP	58.446-000
Email	RECUSOU					Telefone (DDO)	(33) 9.889-3447

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 BENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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
<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)			
AGÊNCIA: NRO:	CONTA: NRO:	CONTA: NRO:	CONTA: NRO:
0041	00514980	6	
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<b>■ CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO: Nome:			NRO:
AGÊNCIA: NRO:	CONTA: NRO:	CONTA: NRO:	CONTA: NRO:
(Informar digito se existir)		(Informar digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande, 19 de Dezembro de 2018

### Local Data

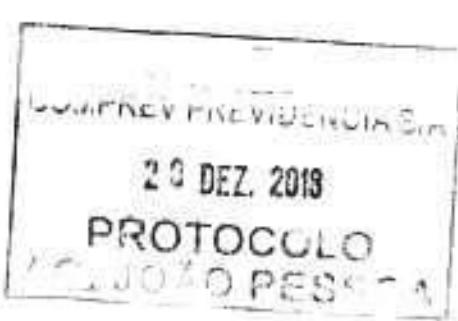
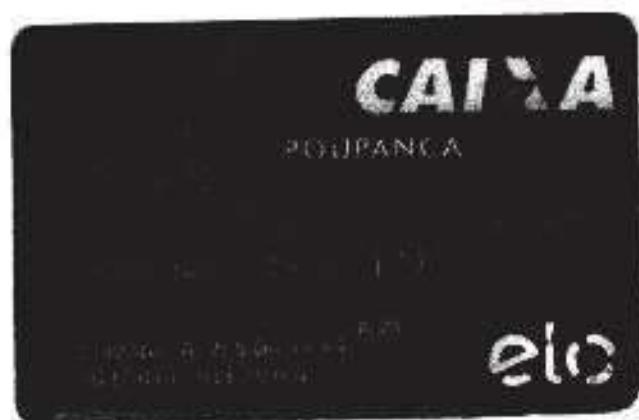
~~LEOPOLDO ALVES DA SILVA~~

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

### PREVIOUS PREVIEW

**Campo 2 - Mastro/Ilheu ou Representante Legal:**

## PROTÓCOLO DE PESS





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



OCORRÊNCIA N° 000555/18

### 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 N° 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, ai, 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 Medio Completo, profissão VIGILANTE, portador da Cédula de Identidade N° 3123909 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 n° 9C2ND0910AR025690, de placa NIH-8325/PB, licenciada em seu nome (Edivanio Alves da Silva), quando na entrada da cidade o pneu dianteiro da moto derrapou e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, cain do 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, cliente 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

Edivanio Alves da Silva

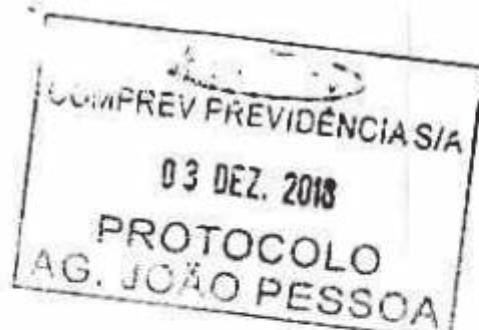
EDIVANIO ALVES DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

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.

UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
001. JOÃO PESSOA

C. GRANDE, 29 de Nov.

## Locale Data

~~Environ. Assess. Tools~~

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguraderalider.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”);

**Cases 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”).

Name Completo da Vítima: **EDIVANTO 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 (DDDI)

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 2º da Lei nº 6.134/74.

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.

25 DEZ 2019

## PROTOCOLO

C. GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

## Local Data

ANONYMOUS OLIVER DO SWEET

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**

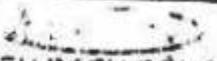


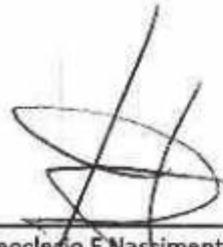
## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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:

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

Campina Grande, 14 de novembro de 2018.

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

  
Deoclelio 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,

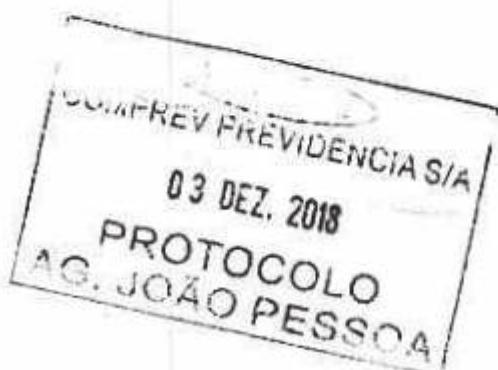
CPF nº 071.004.514-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO VAZIA do ARROZ</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>DISTRITO DE GALANTE</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.446-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: EDIVANIO ALVES DA SILVA



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
RUA DR SEBASTIAO PEDROSO, 15/A - MIRANTE  
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58400-548 (AG. 4011)

Emissor 0000000016 Referência Out/2018 BRCA-PA02-A-AB-Autorizada Tratamento Clínica Grotto (PB) CEP:58022-700  
Classe/Subsídia RESIDENCIAL, RESIDENCIAL, MODALIDADE: Residencial  
Retorno 3-481-188-3930 Número 00-00001723

Atendimentos ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196  
Cód. para Dáb. Administrativo: 0800 023 0196  
Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Out / 2018 08/10/2018 07/11/2018 037.840.034-43

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

### **Canal de contato**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data (08/09/08)	Leritura 6589	Data (08/09/08)	Leritura 6589	
00 Descrição		Demonstrativo		
0021 Consumo em kWh	120.000,00/46400	99,16	36,10 37	25,98 90,10 1,04 4,80
0021 Adc B vermelha		9,63	9,63 27	2,60 9,63 0,10 0,06
0007 CONTRIBUIÇÃO SERVIÇOS				
	12,75	0,00	0	0,00 0,00 0,00

CCI - Código de Classificação do item Total 116,54 106,70 26,98 106,70 1,14 5,18

**Média últimos meses (kWh)**  
134

**VENCIMENTO**  
**17/10/2018**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 118,54**

Histórico de Consumo (kWh)																					
01	163	1	151	1	149	1	147	1	143	1	163	1	134	1	122	1	113	1	106	1	107
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abri/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Mai/19	Jun/19	Set/19	

b045.333e.3707.3115.25ce 7b48 33bc 522e

ECU10 - Companhias Gerais				
Indicadores da Qualidade			Desempenho	Valor (R\$)
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	%
DI-TRIMESTRAL	10,02	9,95	9,95	10,44
DE-ANUAL	31,25	30,44	33,33	32,33
FE-TRIMESTRAL	3,20	0,00	CONTRATADA	0,00
FE-ANUAL	10,20	0,00	MENTE-EXTERNA	0,00
DIRE	9,03	0,00	LESTE-SUPERIOR	0,00
DGR	12,27		231	0,00
Total				109,64
Valor da ECU10 é de R\$ 109,64, ou seja, 0,00%.				

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

PREV PREVIDÊNCIAS/A  
03 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
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.

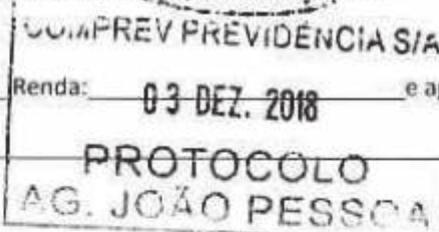
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<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 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		Número	Complemento
<b>RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA</b>		<b>25</b>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>MIRANTE</b>	<b>CAMPINA GRANDE</b>	<b>PB</b>	<b>58.407-548</b>
Email	Telefone comercial (DDD) <b>(83) 3342-2471</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 9.9128-1980</b>	
alexandredpvat@hotmail.com			

CAMPINA GRANDE, 29 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



## 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=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 seguros, 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 N° 071.004.514 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDIVANIO ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 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		Número	Complemento
	<b>RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA</b>		<b>25</b>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>MIRANTE</b>	<b>CAMPINA GRANDE</b>	<b>PB</b>	<b>58.407-548</b>
Email	Telefone comercial (DDD) (83) 3342-2471	Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980	
alexandredpvat@hotmail.com			

CAMPINA GRANDE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Alexander Marques Rodrigues  
Assinatura do Declarante

AC  
PROTOCOLO  
19 DEZ 2018

Locais de exame:   
Moto - Capacetes - Cintos - Armas - Cintos - Nus -   
Dissolução de urina - dictos - an - no aparelho de urina.

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. Mai. 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: EDVANIO ALVES DA

SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 20/03/1987

Sexo: M Telefone: 986033651

Idade: 031 Bairro: ZONA RURAL

RG: N.º 0 Profissão: VIGILANTE

CPF: CNS: 558845

Data de Atend: 19/08/2018

CONVÉNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 21:54:15

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração 15. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Avulsão 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Injuriaamento Venoso  
5. Craniotração 23. Laceração  
6. Dor 24. Lesão tendinária  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empaixamento 26. Mordedura  
9. Enfarratamento 27. Movimento torácico parado/parado  
10. Enjugamento 28. Objeto Encaixado  
11. Equimose 29. Otorragia  
12. F. Arma branca 30. Peritália  
13. F. Arma de fogo 31. Parestesia  
14. F. Cinturão 32. Faseatismo  
15. F. Contante 33. Gastrite  
16. F. Cinto-cinturão 34. Rins/urinário  
17. F. Perífurto-contuso 35. Sintomas de hérnia  
18. F. Perífurto-contuso 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = 100%  
DIAGNÓSTICO / CID:

9º Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

Assinatura e Carimbo do Médico:  
Assinatura: Adriana Pereira Rodrigues  
Carimbo: Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AG. JORNAL PESSOA  
PROTÓCOLO  
03 DEZ. 2018  
C/UFRE/PE/REV/DE/ENCIA/S/A

EXAME PRIMÁRIO - D 3 CLÍNICOS  
Locais de exame:  
Moto - Capacetes - Cintos - Armas - Cintos - Nus -  
Dissolução de urina - dictos - an - no aparelho de urina.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreatentes ( ) Isocárticas ( ) Anisocárticas ( ) Anisocônicas ( ) HGT

Glasgow PA

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Ultrassonografia: ( ) Radiografia: ( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPÓDIA / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Chitram 48

As we have no access  
we were unable to  
proceed to see the  
cha on the road to  
Tel. Tz or cross roads  
to the plateau  
at Givat Haarot

Opposition by C.  
He Lui-pao. 2 to 2.

11. *Leucostoma*

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ 35 \_\_\_\_\_ 35

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

Intercalação (setor) \_\_\_\_\_

Preferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

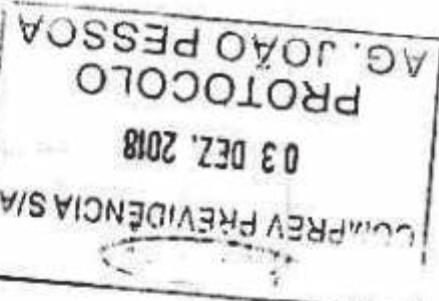
Alta hospitalar /  A revélia

Decisão Médica

Jóbito

#### SERVIÇOS REALIZADOS:

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



### Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Eduardo Alves da Silva</u>	Bairro: <u>Bonfim Retiro</u>
End: <u>Rua Edmílio do Amorim</u>	Documento de Identificação: <u>Cidense PB</u>
Data de Nascimento: <u>20.03.1984</u>	Data do Atend.: <u>03/08/2018</u> Hora: <u>21:38</u> Documento: <u>3138</u>
Queixa: <u>Dores</u>	Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo Aspecto:  Calmo  Fáceis de dor  Gemente

Frequência respiratória: 100

Pressão arterial: 130x80

Dossagem de HGT:

Deambulação:  Livre  Cadeira de rodas  Maca Mucosas:  Normacorada  Pálida

### Estratificação

Pronto MOD. 110

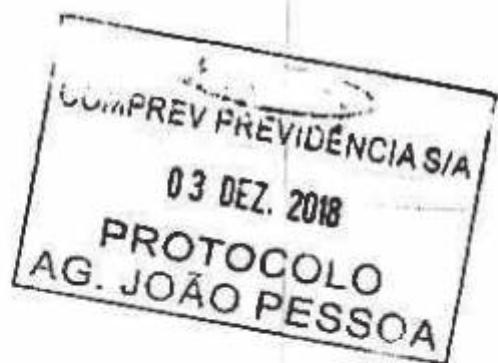
Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Maiaim Cavalo 32  
03/08/2018 21:38

*Assinatura e carimbo do profissional*

- Sutura em  
curso calculado  
após
- Encaminhar  
para ala  
Amarela







# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Edوارdo Oliveira da Silva DN = 20103187

QI LEITE CONVÉNIO SUS IDADE 31 anos REGISTRO 1716419

CIRURGIA Trat. Ginecico de frat. de 3<sup>o</sup> degr. de m<sup>o</sup> segundo.

CIRURGIÃO Dr. Juvenal

ANESTESIA

local

ANESTESIA

O mesmo

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA Andre DATA 15/08/18 INÍCIO 23h FIM 23h40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boisa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Átropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05 Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonade		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon-amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Q15 Espanadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Q4 Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita 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 n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	04 Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	01 Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flencocortid amp.	01 Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degamante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.		
	Kanaklon amp	Q15 Sêbão Antiséptico Cloridrato		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp	04 Saco coletor de líquido		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	01 Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp	Sonda			
	Supitanon amp.	Sonda folley	Qtd.		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
Q15	lidocaina 5IV	Sonda Uretral n°	02		
		Styrdrem ml			
		Tornozinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguha desc. 3 x 4,5	05 eloxader			
	Aguha p/ raque n°				
Q15	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
C1	Ataduras de Crepon 15 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp				
	Benzina ml				

## EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso | ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Serra | ( ) Eletrocautério
- ( ) Desfibrilador | ( ) Oxícapnógrafo
- (X) Foco Frontal | (X) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz | (X) Perfurador Elétrico

Sabrina + Sueli

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FEILOS = 111  
ESTRUTURA  
ESTRUTURA  
ESTRUTURA  
ESTRUTURA  
ESTRUTURA

OPLES ASES 21/10/18 2018

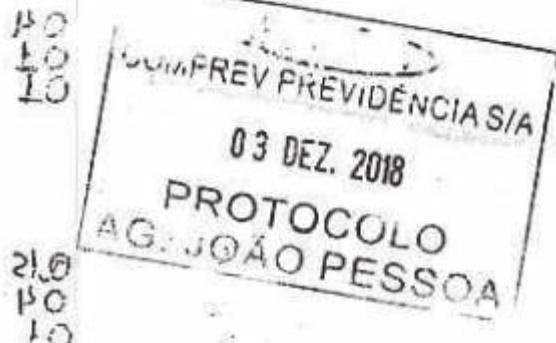
20

218 1-0

0-0

versal 19 72

— Sanitários —



2,5 m² m² m² m² m² m²

Vizinhos: 20

20

X

100F

20

X

100E

20

100E + 100F



Nome do Paciente <u>Costa</u> <u>Paulo da Silva</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>19.03.18</u>		Enf. <u></u>	Leito
Operador <u>D. Luiz Juarez</u>	1º Auxiliar <u>D.</u>		
2º Auxiliar <u></u>	3º Auxiliar <u></u>	Instrumentador <u>Paulo</u>	
Anestesia <u>Neoni</u>	Tipo de Anestesia <u>Bloc</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura exposta do 7º S1</u>			
Tipo de Operação <u>KMC + Osteossíntese</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRICAO DA OPERACAO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. ~~Proteção de~~ Destruição
2. Destruição de canais estreitos
3. HNC + Tirocina penetrante ou, falso
4. Autres local

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES		
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
<b>EDVANIO ALVES DA SILVA</b>	<b>1716444</b>		
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO		
	<b>20/03/1987</b>		
9 - SEKO			
Masc <input checked="" type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
	DDD <b>83</b> N.º DE TELEFONE <b>986033651</b>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	13 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO	14 - UF	15 - CEP
<b>VAZIA DO ARROZ , 0 , ZONA RURAL</b>	<b>250400</b>	<b>PB</b>	<b>58400002</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<p>Dor e deform. lft 02- jún do clt m-05 E.</p> <p><u>Rx: Fx F1 do 02: QDE</u></p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>Necessidade de fto evug.</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<p>Exame fto + 16 Fx exame fto, pvc 02/401</p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<p>Exame fto + 16 Fx exame fto, pvc 02/401</p>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<p>26 - CLÍNICA</p> <p>02</p>		<p>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO</p> <p>02</p>	
<p>28 - DOCUMENTO</p> <p>(X) CNS</p>		<p>29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>980016294174142</p>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
<p>TAMMER GOMES DE MORAIS</p>		<p>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>19/08/2018</p>	

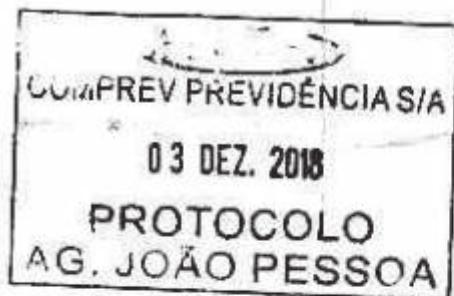
-PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)-

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGUROADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR		1 AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO	

## **AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNIS <input type="checkbox"/> CPF		46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		03 DEZ. 2018 PREV PREVIDÊNCIA S/A PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA	
/ /					

Fluency is linked to reading comprehension. The more fluent a reader is, the better they will comprehend what they are reading. This is because when a reader is fluent, they can focus more on the meaning of the text rather than the individual words. This allows them to make connections between the text and their own experiences, which can help them to better understand the text.





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	2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO	
EDVANIO ALVES DA SILVA		
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	
	20/03/1987	
9 - SEXO		
Masc <input checked="" type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>986033651</b>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>VAZIA DO ARROZ , 0 , ZONA RURAL</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO-15 - UF <b>250400</b> <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>

## —JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Dor, deform. lft 02- pindocil mão (6).
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Rx Fr. ri do 02. QDE
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	Plaquetas ab. alta crvz
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	Fr. ri pindocil
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 ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
980016294174142		TAMMER GOMES DE MORAIS	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
19/08/2018		19/08/2018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRANSITO		34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CEOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO		( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR	
( <input type="checkbox"/> ) AUTÔNOMO		( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO	
( <input type="checkbox"/> ) APOSENTADO		( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURO	

## **AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO [ ] CNS      [ ] CPF		46 - N.º DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					
/ /					

**REV 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 2ºquirodáctilo da mão esquerda.

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

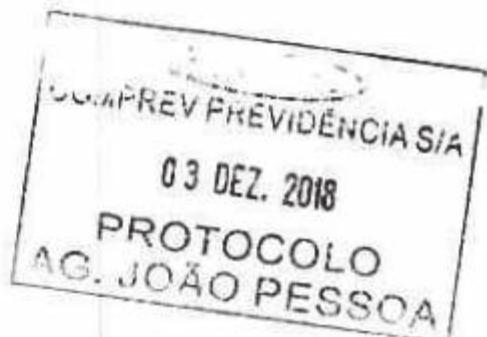
**Sequela apresentada ao exame físico:**

#### **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)**

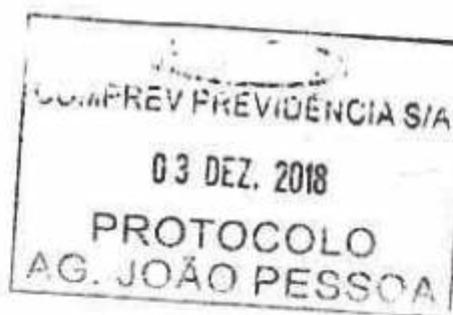
- Limitação no movimento articular extensão e flexão
- Não consegue segurar objetos pesados
- Fratura viciosamente consolidada

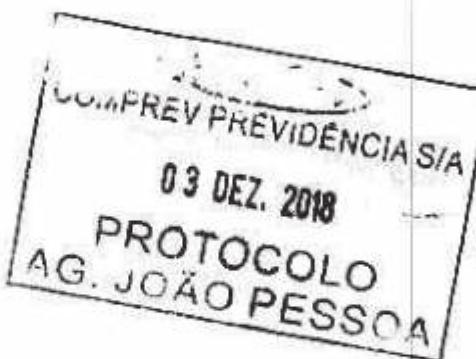


**Conclusão:** Sequela do **Ombro Direito** em grau leve com deficit funcional e anatômico em 40%. Sequela na **Mão Esquerda** 50% em grau moderado com deficit funcional e anatômico.

Campina Grande, 19 de novembro de 2018.

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







## 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.



# 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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

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

**CPF de:** Próprio

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

EDIVANIO ALVES DA SILVA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

RENATO LUNA DIAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437089/18

**Vítima:** EDIVANIO ALVES DA SILVA

**CPF:** 071.004.514-00

**CPF de:** Próprio

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

EDIVANIO ALVES DA SILVA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

RENATO LUNA DIAS