

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2015

Carta nº: 8185643

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088
Vitima: ERIVALDO DA COSTA SILVA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/11/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2016

Carta nº: 8896878

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2016

Carta nº: 9698859

A/C: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15
Vitima: ERIVALDO DA COSTA SILVA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº 10649461

a/c: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Sinistro: 3150974088 ASL-0790554/15
Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



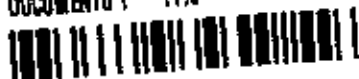


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1 "T19"



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Erivaldo da Costa Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.252.351 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/05/2014 E
 CPF 01098305174-70 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erivaldo da Costa Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de novo documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18431-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí - PB, 13 de Dezembro de 2015

LOCAL E DATA

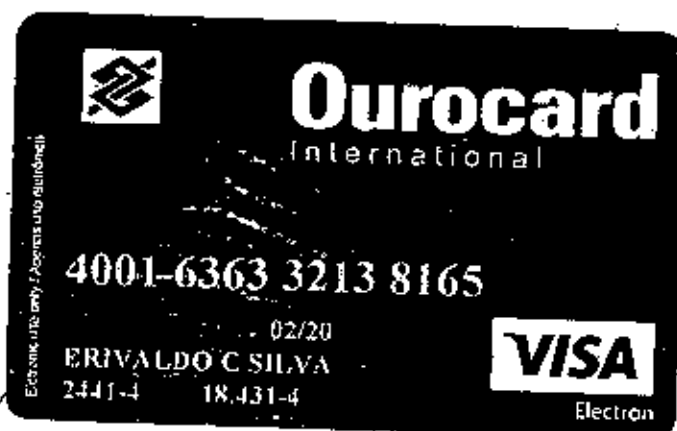
Erivaldo da Costa Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ap/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CORRENTE

PROTOCOLO
RECEBIDO
20 NOV 2015
JEM REGULADORA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DA POLÍCIA CIVIL

C E R T I D ã O

Nº.Cont.: **083/2015**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 001/2015, o Registro n.º 083/2015, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 10 dias do mês de novembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Diaani Regina de Barros Silva**, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Às, volta das 14h:36min, compareceu: **ERIVALDO DA COSTA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 30/08/1974, filho(a) de **Valdemar Vicente da Silva e Herminia da Costa Silva**, residente no sítio **Lagoa da Caatinga, s/n, zona rural de Picuí/PB**, RG n.º 4.252.351 -SSDS-PB; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:** QUE no dia 24 de maio de 2015, por volta das 18 horas, o comunicante conduzia o veículo marca **CORSA/ WIND** (placa **LNS-0727/RJ**), chassi **9BGSC68N02C133152**, ANO 2001, MODELO 2002, cor prata; Que ao chegar no bairro **JK**, próximo ao Banco do Brasil na cidade de Picuí/PB, veio a colidir com um caminhão, sendo socorrido pelo **(SAMU)** para o Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; Que em virtude do acidente automobilístico o comunicante sofreu politrauma; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 10 de novembro de 2015.

COMUNICANTE:

Erivaldo da Costa Silva
José Tarcísio do Nascimento

JOSÉ TARCÍSIO DO NASCIMENTO

TESTEMUNHA 1 RG n.º 3256077 SSP/PB, Residente No sítio Mari Preto, Picuí/PB

José Ronaldo dos Santos Nascimento
JOSÉ RONALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

TESTEMUNHA 2 RG 3.606.589 SSDS/PB. Residente No sítio Mari Preto, Picuí/PB.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Erivaldo da Costa Silva, portador da carteira de identidade nº 4.252.351 e inscrito no CPF/MF sob o nº 019.835.174-70 residente e domiciliado na Sítio - Baía da Contingência Cidade Picuí Estado PA declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Erivaldo da Costa Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Picuí - PA, 13 de Novembro de 2015

Local e data

DOCUMENTO 2 "T26"





Picuí/PB, 09 de Novembro de 2015.

DOCUMENTO 3 *T3%*



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente ERIVALDO DA COSTA SILVA, 41 anos, portador do RG 4.252.351, vítima de acidente automobilístico (colisão carro com caminhão), ocorrido no dia 24 de Maio de 2015, no bairro JK, próximo ao Banco do Brasil. Paciente encontrava-se alcoolizado, agitado, referindo dor em hemitórax esquerdo. Após avaliação e realização de procedimentos necessários o mesmo foi removido para o Hospital Regional de Picuí/PB e em seguida para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, conforme regulação.

Gigliana da Silva Dantas
Coordenadora do SAMU
COREN/PB 246.099 *Gigliana*
GIGLIANA DA SILVA DANTAS
Coordenadora SAMU PICUI/PB



ОБЪЯВЛЕНИЕ

[illegible]

WAS: 10/10/10
10/10/10
10/10/10

SECRET
NOFORN



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

PROTOCOLADO
RECEBIDO
20 NOV 2015
JEM REGULADORIA

Eu, Erivaldo da Costa Silva

RG nº 4.252.361; data de expedição 28/05/2014, Órgão SSP/PB, CPF nº 019.835.174-70, 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:

Logradouro (Rua/Avonida/Praca)	<u>Sítio Bragaa da Castinça</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Picui</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99622.3777</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picui - PB, 13 de Novembro de 2015

Assinatura do Declarante: Erivaldo da Costa Silva

VALDENAR VICENTE DA SILVA
SIT LAGOA DA CARATINGA, S/N - AREA RURAL
PILCUI/PB CEP: 58187000 (AG 80)

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 8 - 80 - 563 - 2030
Nº medidor: 0008525158

Referência: Set/2015
Emissão: 17/09/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, 8º andar - Centro - João Pessoa/PB - CEP 53071-080
CNPJ 00.000.000/0001-40 - Insc. Est. 15.015.802-0

Moeda: Real/Conta de Energia Elétrica Nº 000.000.000
Código para 04444 Autenticação: 90812380209

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

727 ad3b c 1d8 cba.93e9 c8bc 165f c000

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 6/1338020-9

Canal de contato

Set/2015

Apresentação

17/09/2015

Data prevista da próxima leitura

19/10/2015

CPF/CNPJ/RANI

225245472

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/09/15 Letra: 073	Data: 17/09/15 Letra: 078	1	50	5

Faturas em atraso

24/09/2015 41,07

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	50	0,40570	20,28
Adic. B Vermeiro			2,47

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS 0,22
COFINS 1,01
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA 3,45
Juros de mora 07/2015 0,27
MULTA 07/2015 0,45
ICMS (ISENTO)

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015 0,04

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	58
Jul/15	48
Jun/15	49
Mai/15	50
Abr/15	54
Mar/15	58
Fev/15	56
Jan/15	64
Dez/14	49
Nov/14	53
Out/14	0
Set/14	0

Média dos últimos meses
45 kWh

VENCIMENTO

24/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 28,14

Indicadores de Qualidade 2015 - Com

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,20	3,58	HOMOGENEA 720
DIG TRIMESTRAL	22,32		CONTRALADA 721
DIG ANUAL	44,65	1,00	LIMITES SUPERIOR 731
DIG MENSAL	7,90		
DIG TRIMESTRAL	15,80		
DIG ANUAL	31,60	3,58	
OMC	0,06		
DMC	10,00		

Observações	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/PB	0,50	31,92
Consumo de Energia	11,00	29,09
Serviço de Transmissão	0,78	2,70
Encargos Especiais	2,01	7,14
Impostos, Oribos e Encargos	5,35	18,01
Outros Serviços	0,04	0,14
Total	28,14	100,00

Valor de encargo: Índice de Sistema de Distribuição (IDSD) 2015 R\$ 18,35

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/10/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se constar que não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima mencionada(s) a esta mensagem futura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Parágrafo Único - Vigência: 28/08/15 - Res. ANEEL nº 1.938 - Base Tensão 11,47% Média Pesquisa Tarifária - Vigência: 28/08/15 - Res. ANEEL nº 1.938 - Base Tensão 11,47% Média

PROTOCOLADO
RECEBIDO
20 NOV 2015
JEM REGULADORA



Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaribó João Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

001833

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01742179-9

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA - SERVIÇOS E SERVIÇOS

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

ENDEREÇO

028.01.020.0304

ENDEREÇO

RUA ROLDAO-2-DE MACEDO, 145

BARRIO

JK

CIDADE

PICUI

CEP

58167-000

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO RESGOTO

QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PESSOAL

LIGADO

POTENCIAL

1

CONSUMO EM LITROS

VALOR EM REAIS

CONSUMO EM LITROS

LEITURA ATUAL

313

MÊS

VALOR EM REAIS

VALOR EM REAIS

VALOR EM REAIS

POTENCIAL

LEITURA ANTERIOR

299

04/2015

26,93

VALOR EM REAIS

VALOR EM REAIS

POTENCIAL

CONSUMO DO MÊS (m³)

14

DATA DA LEITURA

30/05

DIAS DE CONSUMO

31

CONDIÇÃO DA LEITURA

EFETUADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO

REAL

ANORMALIDADE DA LEITURA

Agente, se por favor

30/05/2015

(*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, atende em 95% das amostras examinadas

ANORMALIDADE DE CONSUMO

DATA DA PRÓXIMA LEITURA

Dados Referentes à

CONSUMO

CONSUMO

CONSUMO

CONSUMO

CONSUMO

JAN 11

-00

Número

0084017737

FEB 12

-16

Data Instalação

08/07/2013

MAR 9

-00

Marca

AST

ABR 10

-00

Localização

EXT

MAY 8

-00

Capacidade

3 m³/h

JUN 17

-00

MÉDIA

11

TOTAL A PAGAR

***** 40,81

DEBITO AUTOMÁTICO

CONSUMO EM LITROS

VENGIMENTO

JUL/2015

30/07/2015

** DEBITO AUTOMÁTICO **

DOCUMENTO 1 "11"



CAGEPA

P-1073

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

ENDEREÇO

028.01.020.0304

CONSUMO EM LITROS

TOTAL A PAGAR

CONSUMO EM LITROS

JUL/2015

MATRÍCULA

01742179-9

VENGIMENTO

30/07/2015

PROTOCOLO RECEBIDO
07 MAR 2016
J.E.M. REGULADOR



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

07 MAR 2016
JEM REGULADOR

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² 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 NILO TRIQUEIRO DANTAS, portador(a) do RG nº 2669825, expedido por SSP/PB, em 04/09/01, CPF/CNPJ nº 047/951.774-65,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ERIVALDO DA COSTA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ERIVALDO DA COSTA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSOU Renda Mensal: R\$ REUSOU

Documentos comprobatórios: _____

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T

Ficha de Acolhimento

Nome: Enivaldo de Costa
End: Sítio Lagoa de Cestinga
Data de Nascimento: 30/08/74 Documento de Identific: 24105115
Queixa: ce Data do Atend: 24/10/15 Hora: 22:50h
Acidente de trabalho? () Sim () Não

PROTOCOLO
REFERENCIAL
20 NOV 2015
JEM REGULADORA

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama

Estratificação

MOD. 110

Amarelo
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

DOCUMENTO 4 "T4%"



PROTOCOLO
REFERENCIAL
20 NOV 2015
JEM REGULADORA

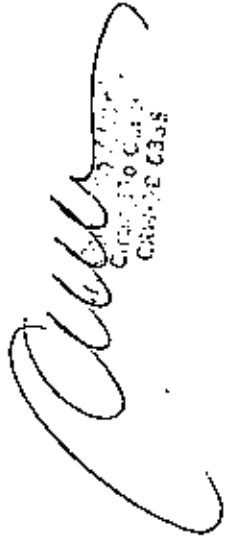
Em tempo: Relata perda de consciência
no momento do acidente

25/05/15 # Cirurgia geral #
00:30

Paciente vítima de colisão carro-carro,
desoligado, apresentando dor torácica.

Abdomen depressível, flácido, indolor à palpação.

Cd = Trauma cirúrgico torácico.


Dr. Alberto Daniel
CRM 15.115 - 04:45h

Plano de tratamento - 25/05/15 - Dr. MSL

1. TC após fratura de costela

2. Gêiser 15, 17 e 19, 3 cm de

4. 1. 1 - 7 e 8 cm

PROTOCOLO
REFERIDO
20 NOV 2015
JEM REGULADORA

Dr. Alberto Daniel
Médico Cirurgião
CRM 15.115 - 04:45h

25/05/15 # BMF #
00:30

Paciente vítima de colisão carro-carro,
apresentando fratura de costela. Ao ser
transportado foi fraturado o osso zigomáxilar
e o osso íleo com fratura da base da tíbia.

CD = Trauma cirúrgico

Altera BMF

Após atendimento de emergência torácica

Dr. Alberto Daniel
CRM 15.115 - 04:45h
Médico Cirurgião
CRM 15.115 - 04:45h

[illegible]

Data		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
26.03.15	01	100mls. Grel. d'Osse				Paciente sobe para Ubersa	
	02	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv - 4/14 h	24	01		domante, bucheiro. Func. Inter	
	03	Receita 40mg-iv. 12/12 dias	24			com n2-iv, 1 boneco	
	04	Receita 50mg + 100ml. 5658-iv. 6/6 dias	24	06			
	05	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	06	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	07	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	08	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	09	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	10	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	11	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	12	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	13	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	14	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	15	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	16	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	17	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	18	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	19	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	20	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	21	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	22	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	23	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	24	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	25	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	26	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	27	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	28	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	29	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	30	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	31	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	01	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	02	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	03	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	04	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	05	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	06	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	07	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	08	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	09	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	10	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	11	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	12	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	13	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	14	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	15	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	16	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	17	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	18	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	19	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	20	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	21	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	22	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	23	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	24	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv				med. 100mls	
	25	100mls. 10mg + 10ml. n2-iv					

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Enrique da Costa Lima</u>									
IDADE:	SEXO: ☒ M ☐ F	DATA DE NASCIMENTO: <u>30-08-74</u> às <u>15:20</u> h							
SETOR: <u>AB. Cirurgica</u>		LEITO: <u>2-9</u>							
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Estilo Frattini</u>									
ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:									
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:									
DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:									
PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:									
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐		NORMOTENSO ☒		HIPERTENSO ☒				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐		TAQUIPÊNICO ☐		EUPNÉICO ☒		BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE)	NORMAL ☒		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐		SVD ☐		
	DUSÚRIA ☐		CISTOSTOMIA ☐		ANÚRIA ☐				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐		HEMIPLEGIA ☐		PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☒		SNG ☐		SNE ☐				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐		CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐ RISCO DE QUEDA					CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:				
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal					CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
☐ NÁUSEA					CD/FR:				
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA					CD/FR:				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO					CD/FR:				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>21</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Edvaldo da Silva Alojamento 29 Leito 4 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/1	Duodenal 11/20		Duodenal 11/20
23/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
24/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
25/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
26/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
27/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
28/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
29/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
30/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
31/1	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
1/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
2/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
3/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
4/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
5/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
6/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
7/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
8/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
9/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
10/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
11/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
12/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
13/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
14/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
15/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
16/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
17/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
18/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
19/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
20/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
21/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
22/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
23/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
24/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
25/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
26/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
27/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
28/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
29/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
30/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
31/2	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
1/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
2/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
3/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
4/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
5/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
6/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
7/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
8/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
9/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
10/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
11/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
12/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
13/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
14/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
15/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
16/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
17/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
18/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
19/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
20/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
21/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
22/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
23/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
24/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
25/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
26/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
27/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
28/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
29/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
30/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20
31/3	Duodenal 21/20		Duodenal 21/20

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27-05	14h	36,2			150x110		De consciência, orientado e calmo, sem queixa de dores. Segue em cuidados da enfermagem.	
							PC PC em falta no hospital.	
							PC PC em falta no hospital.	
	18h						Pe queixa - se de muita dor no Torax.	
27-05	22h	75	75		116x112			
28-05	24:46	36,3	65		180x110		PC queixa - se de muita dor no torax e linema do peito esquerdo.	
	02h				160x90			
	06h		72		140x111	1000ml - diurese		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Admissão	Alcance	Leito	Convênio
Edson/04	10/11			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
10/11	Duvida 08:00			
11/11	Duvida 08:00			
12/11	Duvida 08:00			
13/11	Duvida 08:00			
14/11	Duvida 08:00			
15/11	Duvida 08:00			
16/11	Duvida 08:00			
17/11	Duvida 08:00			
18/11	Duvida 08:00			
19/11	Duvida 08:00			
20/11	Duvida 08:00			
21/11	Duvida 08:00			
22/11	Duvida 08:00			
23/11	Duvida 08:00			
24/11	Duvida 08:00			
25/11	Duvida 08:00			
26/11	Duvida 08:00			
27/11	Duvida 08:00			
28/11	Duvida 08:00			
29/11	Duvida 08:00			
30/11	Duvida 08:00			
01/12	Duvida 08:00			
02/12	Duvida 08:00			
03/12	Duvida 08:00			
04/12	Duvida 08:00			
05/12	Duvida 08:00			
06/12	Duvida 08:00			
07/12	Duvida 08:00			
08/12	Duvida 08:00			
09/12	Duvida 08:00			
10/12	Duvida 08:00			
11/12	Duvida 08:00			
12/12	Duvida 08:00			
13/12	Duvida 08:00			
14/12	Duvida 08:00			
15/12	Duvida 08:00			
16/12	Duvida 08:00			
17/12	Duvida 08:00			
18/12	Duvida 08:00			
19/12	Duvida 08:00			
20/12	Duvida 08:00			
21/12	Duvida 08:00			
22/12	Duvida 08:00			
23/12	Duvida 08:00			
24/12	Duvida 08:00			
25/12	Duvida 08:00			
26/12	Duvida 08:00			
27/12	Duvida 08:00			
28/12	Duvida 08:00			
29/12	Duvida 08:00			
30/12	Duvida 08:00			
31/12	Duvida 08:00			
01/01	Duvida 08:00			
02/01	Duvida 08:00			
03/01	Duvida 08:00			
04/01	Duvida 08:00			
05/01	Duvida 08:00			
06/01	Duvida 08:00			
07/01	Duvida 08:00			
08/01	Duvida 08:00			
09/01	Duvida 08:00			
10/01	Duvida 08:00			
11/01	Duvida 08:00			
12/01	Duvida 08:00			
13/01	Duvida 08:00			
14/01	Duvida 08:00			
15/01	Duvida 08:00			
16/01	Duvida 08:00			
17/01	Duvida 08:00			
18/01	Duvida 08:00			
19/01	Duvida 08:00			
20/01	Duvida 08:00			
21/01	Duvida 08:00			
22/01	Duvida 08:00			
23/01	Duvida 08:00			
24/01	Duvida 08:00			
25/01	Duvida 08:00			
26/01	Duvida 08:00			
27/01	Duvida 08:00			
28/01	Duvida 08:00			
29/01	Duvida 08:00			
30/01	Duvida 08:00			
31/01	Duvida 08:00			

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]HOD. 035



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

Nome: ENIVALDO DA COSTA SILVA

Setor: Gráfica

Letto: 2-4

[illegible]

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

RÉSUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Erivaldo da Costa Silva*

DN.:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: *25/05/15*

ALTA: *30/05/15*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente de carro com fraturas de costela com dor torácica

2. Resultado dos principais exames

Rx de tórax com fraturas de costela (7)

3. Evolução e complicações

Está bem sem intercorrências

4. Terapêutica realizada

Tratamento conservador

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fraturas múltiplas de costela

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- Repouso relativo*
- Tomar medicação conforme orientação*
- Retornar ao hospital na porta clínica se apresentar alguma queixa*

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *30* de *maio* de *2015*

Dr. Egon Maciel de Lima

Clínica Torácica

Campina Grande

Responsável pelo resumo



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Emmanuel da Costa Silva

Alojamento

82

Leito

4

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

01 Quarta-feira

02 Salvo internação

03 Suplementar 1 ampola + AD EV. de 4/14h

04 Biotina + Mo amp + AD EV. 12/12h

05 50ml + CC de

Dr. Eron Maciel Pontes
CRM: 813.706.63

Proceder a seguir, bem
qualquer de elevar com fôlego, ventilatório
apropriado.

Dr. de fôlego com boa respiração pulmo-
nar.
CO: alta hospitalar.

Dr. Eron Maciel Pontes
CRM: 813.706.63

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

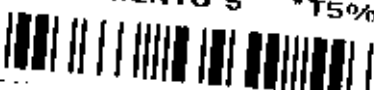
P-096



Erivaldo da Costa Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 5 "T5%"



PROTOCOLO
RECEBIDO
20 NOV 2015
JEM REGULADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.252.351 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/05/2014

NOME ERIVALDO DA COSTA SILVA

FILIAÇÃO VALDEMAR VICENTE DA SILVA
HERMINIA DA COSTA SILVA

NATURALIDADE PICUI-PB DATA DE NASCIMENTO 30/08/1974

DOC ORGEM
NASC. N. 1493 FLS. 31 LIV. A-03
CARTÓRIO PICUI PB

CPF 019.835.174-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.119 DE 29/08/83

VITIMA

BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 019.835.174-70

Nome da Pessoa Física: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data de Nascimento: 30/08/1974

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 10/12/1993

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:50:49 do dia 18/11/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A62C.55B7.E0E6.A772

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br. (<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



Consulta a pagamentos efetuados

[voltar](#)

Sua busca por placa: LNS0727 UF: RJ CATEGORIA: 01*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Emissão 2ª via
	2007	R\$84,72	Quitado	

(*) Automóvel

DOCUMENTO 6 *T6%*



PROTOCOLO
RECEBIDO
07 MAR 2016
1 EM REGU' ADOR'

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Eri Valdo da Costa Silva, brasileiro (a),
portador do Rg nº 4288361 e CPF 019.835.174-70
residente e domiciliado (a) Sítio Lagoa da Coatinga
Bairro Zona Rural Município Picuí, venho perante a
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidoos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local _____, Data _____

Atenciosamente

Eri Valdo da Costa Silva

PROTÓCOLO
RECEBIDO
07 MAR 2016
JEM REGI AD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150974088

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERIVALDO DA COSTA SILVA

Data do acidente: 24/05/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO E FACIAL

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: FACE 10% + TÓRAX 10%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
traumas, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
traumas, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: Erivaldo da Costa Silva
 brasileiro(a) Solteiro Agricultor
 portador(a) do RG nº 4.252.351 expedido por SSP/PB em
28/05/2014 e do CPF nº 039.835.174-70, residente na (o)
sítio Lagoa da Caatinga
, município de Picuí - PB, CEP 58.181-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 13 de Novembro de 2015.

Erivaldo da Costa Silva
 outorgante

