
Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 330.627.554-30 Givanilson Nunes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Givanilson Nunes da Silva 6 - CPF: 330.627.554-30
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Sítio Tavares 9 - Número: 810 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58297-000
15 - E-mail: (81) 98877-6433

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2547 ☒ CONTA: 20.731 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PR 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00224.01.2018.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Givanilson Nunes da Silva**, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99326-4566.

Dados do(s) Fatos:

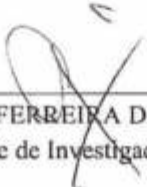
Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residência, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

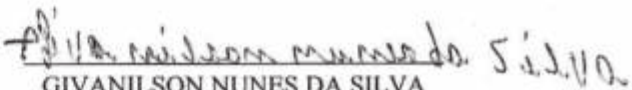
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

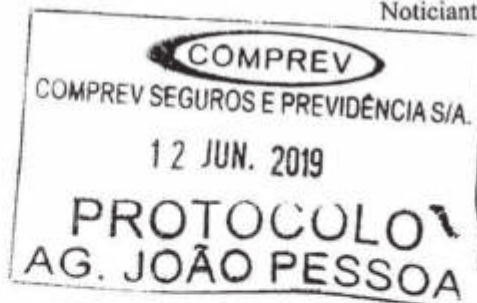
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPE, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2018.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


GIVANILSON NUNES DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 110.627.554-30 Givanilson Nunes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Givanilson Nunes da Silva 6 - CPF: 110.627.554-30

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: São Tavares 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58297-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98877-6433

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2547 ☒ CONTA: 20.731 ☒

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PR 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Givanilson Nunes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928175



| | | | | |
|--|---|---------------------------|--|----------------------|
| Identificação do paciente | | | | Sexo Masculino |
| ID 1049963 | Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA | | Estado civil SOLTEIRO(A) | Prontuário |
| Data de nascimento 25/01/1993 | Idade 23 anos 4 meses 25 dias | Religião NAO INFORMADA | Pai | |
| Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA | Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A) | | Pai | |
| Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO | DDD Móvel 83 | | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3948581 | Nº Cns | | |
| Local de procedência RIO TINTO | Tipo MUNICIPIO | | UF PB | |
| Email | Naturalidade RIO TINTO | CBO/R | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58297000 | Município de residência RIO TINTO | UF PB | Logradouro TAVARES | |
| Número SN | Complemento | Bairro ZOA RURAL | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora 19/06/2016 20:43:12 | Número da pulseira 4674008 | Convênio SUS | | |
| Especialidade CIRURGIAO GERAL | Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL | | | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RESIDENCIA | | Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO | |
| Caráter de atendimento URGENCIA | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Sim | Trauma Não | |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | | |
| Sinais Vitais | | | | |
| PA | X | mmHg | Pulso | Temperatura |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] |
| ECG [] | | Ultrasonografia [] | | |
| Dados clínicos | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.</p> <p>12 JUN. 2019</p> <p>PROTUCULO</p> <p>AG. JOAO PESSOA</p> <p>TOMOGRAFIA</p> <p>CRANIO + FACE</p> <p>DATA: 19/06/16</p> </div> | | | | |
| Diagnóstico | | | | Tempo 02min 42seg |
| Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO | | | | |

Imprimer

24/06

19/06/2016 7

19.06.2016 Nervo
21:50h

KE

Queda moto

Glasgow 15

Pupils I & II

Sem deficit

E corno Normal

7
morta:

Bituka

Acta Nervo

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800

GIYANILDO NUNES DA SILVA
SIT TAVARES, S/N - AREA RURAL
RIO TINTO / PB CEP: 58297-000 (AD: 14)



Logradouro: RUA DE FÁTIMA
Cidade: RECIFE - PE
CEP: 51220-000
UF: PE
Telefone: (51) 3661-7911
E-mail: gnyanildo@energisa.com.br

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
RUA DE FÁTIMA, 100 - JARDIM REFORMADO - RECIFE - PE
CEP: 51220-000
UF: PE
Telefone: (51) 3661-7911
E-mail: gnyanildo@energisa.com.br

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 05 446 866
Cód. para Dct. Automático: 00001174142

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Mai / 2019 | 24/05/2019 | 25/06/2019 | 727.401.324-68 |
| | | | Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/617474-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinaBrasil

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | |
| 24/04/19 | 14599 | 24/05/19 | 14599 | 30 |

| Demonstrativo | | | | | | | | | |
|------------------------|---|------------|-----------------------|------------|-------|------------|------------|------------|----------------|
| CC | Descrição | Quantidade | Valor | Base Calc. | Alíq. | Impo (R\$) | Base Calc. | Impo (R\$) | Cobrança (R\$) |
| | | | Tributos Totais (R\$) | ICMS (R\$) | ICMS | | Impo (R\$) | ICMS (R\$) | |
| 0601 | Consumo até 30 kWh/BR | 30,000 | 0,286190 | 8,58 | 0,33 | 2,81 | 8,58 | 0,08 | 0,38 |
| 0601 | Consumo - 31 a 100 kWh/BR | 70,000 | 0,488910 | 34,22 | 0,47 | 9,24 | 34,22 | 0,33 | 1,53 |
| 0601 | Consumo - 101 a 220 kWh/BR | 91,000 | 0,728370 | 66,38 | 0,73 | 18,03 | 66,38 | 0,66 | 2,98 |
| 0601 | Adic. B. Amarela | | | 1,38 | 1,38 | 0,43 | 1,38 | 0,01 | 0,01 |
| 0610 | Susídio | | | 48,53 | 48,53 | 12,84 | 48,53 | 0,45 | 2,08 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0607 | CONTRIB. LUM. PÚBLICA | | | 11,51 | 0,70 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0904 | COMPENSAÇÃO POR INDICADOR - DIC 03/2019 | | | -3,27 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0905 | Devolução Susídio | | | -27,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC: Código de Classificação do Veículo: TOTAL: 20,00 157,29 42,82 157,29 1,53 7,05
Tarifa de Tributos: At 30 kWh: 0,286190 At 100 kWh: 0,488910 At 220 kWh: 0,728370

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 145 | 31/05/2019 | R\$ 136,99 |

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 142 | 144 | 130 | 138 | 131 | 123 | 164 | 154 | 151 | 169 | 178 | 143 |
| Mar/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 |

RESERVADO AO FISCO

40f7.75c2 fe04.435b.e85a.a8fc.6fe6.b881.

| Indicadores de Qualidade 3/2019-ResTrio | | | | Composição de Consumo | | |
|---|------------------|---------|----------------------|--------------------------------|-------------|--------|
| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DC MENSAL | 11,97 | 11,97 | | Serviço de Dist. de Energia PE | 28,10 | 19,05 |
| DC TRIMESTRAL | 35,91 | | | Contrib. de Energia | 38,81 | 28,13 |
| DC ANUAL | 47,88 | | | Contrib. de Transmissão | 4,07 | 2,97 |
| PC MENSAL | 6,00 | 6,00 | | Imposto de Renda | 6,12 | 4,46 |
| PC TRIMESTRAL | 18,00 | | | Imposto de Renda e Encargos | 62,29 | 45,54 |
| PC ANUAL | 31,40 | | | Outros Encargos | 0,00 | 0,00 |
| DMC | 1,00 | 4,48 | | | | |
| DICI | 1,00 | | | | | |
| | | | | Total | 127,26 | 100,00 |

Valor Total (R\$) (Ref. 3/2019) R\$ 134,73

ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) recolhida(s) pelo município em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/06/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade da devolução suspensa do fornecimento. Caso o cliente não se comunicar, as contas pagas não estarão na unidade consumidora para cancelamento. Caso a tarifa efetuada e pagamento da(s) fatura(s) ocorra, desconsiderar esta mensagem.
- Fatura sujeita à inclusão em casos de processo de crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada com Base Mensal. Não há desconto de 10%.
- Letura confirmada.

Faturas em atraso

Abr/19 103,10

COMPREV
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 025.552.254



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JACQUELINE PONTES DA COSTA
RUA MARIA ALVES DA ROCHA 45 AP 305
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1318108-6

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

27/05/2019

CONSUMO

195

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Roteiro: 16-006-205-0169

83660000001-9 78030149000-6 13181082019-4 05300006019-3

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

MATRÍCULA

1318108-2019-05-3



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yacqueline Pontes da Costa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.255.207 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gilvanilson Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 410627.554 / 30,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvanilson Nunes da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 410.627.554 / 30, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|----------------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua M^a Alves da Rocha</u> | Número: <u>45</u> | Complemento: <u>AP 305</u> |
| Bairro: <u>Aero Clube</u> | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>58036-865</u> | Tel. (DDD): <u>(83) 98877-6433</u> |

Local e Data: João Pessoa - PB 12/06/2019

Yacqueline Pontes da Costa
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE,
RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 954.193.574.53, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEPUTADO B. M. CARVALHO,
nº 68, complemento, APT., declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima GIVANILSON NUNES DA SILVA,
cujo o condutor era GIVANILSON NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2011
Modelo: HONDA CG FAN 125
Placa: DEV-2108-PB
Chassi: 9C2JC4110BR801255
Data do acidente: 19-06-2016

Local e data: RIO TINTO 10-06-2019

X Aristoteles Fernandes de Albuquerque
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

 **PIMENTEL**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protocolo de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangueira, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
56297-000 - Fone: (31) 3291-2342 - adsonpimentel@gmail.com

Reconheço, com autenticidade e verdadeiras, as(s) Firmas(s) de:.....
ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE.....
Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:36:46
Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente
[2019-001962]ENUL:R\$ 89,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1551415-0M63
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinb.br>

Felipe Ricardo Nobrega da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JUN. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Audiometria
 Acupuntura
 Alergologia
 Angiologia
 Cardiologia
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Plástica
 Clínica Médica
 Dermatologia
 Fisioterapia
 Endocrinologia
 Endoscopia
 Ecocardiografia
 Eletroencefalograma
 Gastroenterologia
 Geriatria
 Ginecologia
 Holter 24 horas
 Laboratório
 Mastologia
 Mamografia
 M.A.P.A.
 Neurologia
 Nefrologia
 Nutrição
 Nutrição Ortomolecular
 Odontologia
 Otorrinolaringologia
 Oftalmologia
 Ortopedia
 Pediatria
 Pneumologia
 Psicologia
 Psiquiatria
 Proctologia
 Radiologia Geral
 Reumatologia
 Sl. Enfermagem
 Sl. Peq. Procedimentos
 Teste Ergométrico
 Ultrasonografia
 Urologia



Laudo Médico

Paciente Givamilas Nunes
 de Silva, refere acidente
 de moto no dia 19/06/16
 com traumatismo cranio-
 cefálico, sendo admitido no hospital de
 20/06/16, com queixa
 de hipocúria. Exame clínico
 no momento da avaliação normal.
 Exame audiológico apresenta
 perda auditiva sensorial
 de grau profundo bilateral
 010 11903.

João Pessoa, 06-6-19

Dr. João Pessoa
 Otorrinolaringologista

O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
 Rua Francisco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones (83) 2106-8585 2106-8568 2106-8569
 hospitaliz@bol.com.br



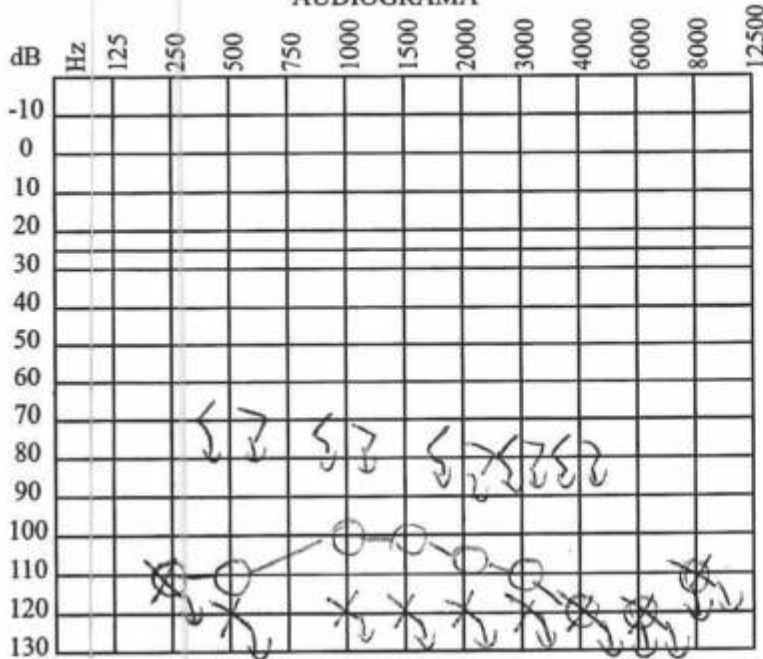
Avaliação Audiológica

NOME: Guilherme Nunes do Silva RG: _____

IDADE: 26 SEXO: M PROFISSÃO: _____

SOLICITANTE: _____ Audiômetro: AD 227b Imitanciômetro: _____ DATA: 06/06/19

AUDIOGRAMA



Médias/dBNA

| | OD | OE |
|----|------|------|
| VO | ↑ 20 | ↑ 20 |
| VA | ↑ 20 | ↑ 20 |

Mascaramento - dBNS

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| VAD | até | VOD | até |
| VAE | até | VOE | até |

IRF - OD

| | dBNA | % | Masc. |
|------|------|---|-------|
| Mono | | | dBNS |
| Dis | | | dBNS |
| Tri | | | dBNS |

IRF - OE

| | dBNA | % | Masc. |
|------|------|---|-------|
| Mono | | | dBNS |
| Dis | | | dBNS |
| Tri | | | dBNS |

SRT dBNA Masc.

| | dBNA | Masc. |
|----|------|-------|
| OD | | dBNS |
| OE | | dBNS |

SDT dBNA Masc.

| | dBNA | Masc. |
|----|------|-------|
| OD | | dBNS |
| OE | | dBNS |

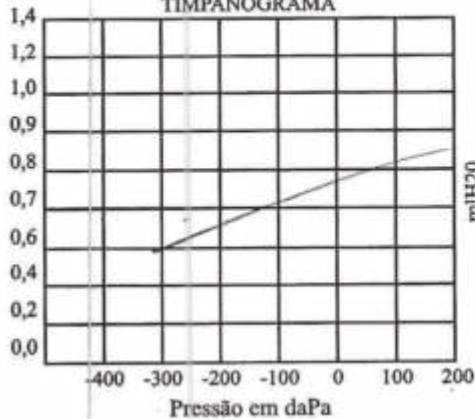
Níveis de Desconforto Tonal

| Freq. | 0,5 | 1 | 2 | 4 | KHz |
|-------|-----|---|---|---|------|
| OD | | | | | dBNA |
| OE | | | | | dBNA |

FALA

| | MCL | UCL |
|----|-----|------|
| OD | | dBNA |
| OE | | dBNA |

TIMPANOGRAMA



OD OE

| | OD | OE |
|----------------|----|----|
| Volume (ml) | | |
| Complac (ml) | | |
| Pressão (daPa) | | |

Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)


| c/g | limiar | CL | difer. | IL | limiar | CL | difer. | IL |
|---------|--------|----|--------|----|----------|----|--------|----|
| 500 | | | | | | | | |
| 1000 | | | | | | | | |
| 2000 | | | | | | | | |
| 4000 | | | | | | | | |
| Direito | | | | | Esquerdo | | | |

Marcação por referência

Audiometria - Resultado: Pouco oulitivo surditi renal de grau profundo bilateralmente.

Imitanciometria - Resultado: _____

OBS.: _____


 Mariana Saraiva Garcia
 Fonoaudióloga
 CRE: 9838



Dra. Suzyanne Oliveira
Oftalmologista | CRM 5688-PR

MEMBRO TITULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA
Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:

BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE DE MOTO.

CID H54.5

Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.
COM CORTES

JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE OLIVEIRA
CRM 5688-PR
OFTALMOLOGISTA
Dra. Suzyanne Oliveira
CRM 5688-PR



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|----------------------------|
| NOME DO PACIENTE | GIVANILSON NUNES DA SILVA |
| DATA DE NASCIMENTO | 25/01/93 |
| NOME DA MÃE | SEVERINA VIRGINIO DA SILVA |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|--|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 928.175 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 19/06/16 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 20:43 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO |
| CID 10 | S01.7 + S01.0 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdomen total
RX de coluna cervical P
RX de torax AP
RX de bacia AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

TRATAMENTO:

Suturas dos ferimentos na cabeça.

| | |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 20/06/16 |
| DATA DA EMISSÃO: | 31/10/16 |

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Primeiro Atendimento Médico

4674008
GIVANILSON NUNES DA SILVA BE.: 928175
DT. NASC.: 28/01/1993
RAE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA
END.: TAVARES
N. SN - ZOA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 991302399
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- VÍTIMA DO ACIDENTE DE MOTO. SEM CASCARÃO.
- NÃO HÁ MITOS. NÃO HÁ LACER. NÃO HÁ ATRASOS.
- ACIDENTE EM UM HTD.
- Q: 1) EQUILIBRIO MIOGROSSO + FMT + C. EMB. 2) MANEIRA DE CAIR + SMP 3) OCUPAÇÃO 4) HISTÓRICO DE DOENÇAS 5) PREVALÊNCIA

Alberto Barros Araújo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervias () Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() sim
() não
HTD: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normatonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: () Presente () Ausente
BE OU B4: () Sim () Não

FC: 27 bpm PA: 110 X 80 mmHg T: _____ °C

ECG: NORMAL

FR: 24 lpm NET: 125

ABDOMEN: ABDOMEN CILINDRICO.
SEM SINAIS DE
IRITAÇÃO PERITONEAL

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: 15

| ABERTURA OCULAR | | MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos) | | MELHOR RESPOSTA MOTORA | |
|----------------------|---|---|---|---------------------------------|---|
| Espontânea | 4 | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5 | Obedece aos comandos | 6 |
| À solicitação verbal | 3 | Confuso / Chora, mas é consolável | 4 | Localiza a dor | 5 |
| Ao contínuo estímulo | 2 | Palavras inapropriadas / Irritado (persistente) | 3 | Retira o Membro | 4 |
| Nenhuma | 1 | Sons incompreensíveis / Inquieto | 2 | Flexão anormal (decorticação) | 3 |
| | | Nenhuma / Nenhuma | 1 | Extensão Anormal (decerebração) | 2 |
| | | | | Nenhuma | 1 |
| TOTAL: <u>15</u> | | | | | |

[illegible]

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: _____

MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____

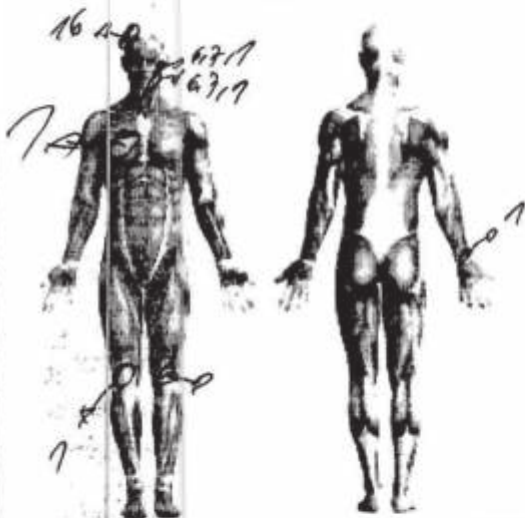
IMUNIZAÇÃO ☒ Não () Sim: _____

PATOLOGIA () Não () Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias → cervical, tórax, abd. () Lavado peritoneal

☒ Ultrassonografia (FAST) → abd. () Gasometria arterial

☒ Tomografia computadorizada → crânio () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|--------------------------------|--------|--|
| 1. ATENDIMENTO INICIAL | | Alberto Barros Araújo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295 |
| 2. SAT | | |
| 3. VACINA ANTI-TETÂNICA (FC) | | |
| 4. PROPRIO TAMPÃO DE IODO (FC) | | |
| 5. SRC TROOP 15 | | |
| 6. APLICAR GAMPAS A TC | | |
| 7. AVALIAR E REAVALIAR | | |
| 8. REAVALIAR | | |
| 9. | | |
| 10. | | |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR / BME às : : do dia / /

Solicito parecer da : às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 20/06/16

HORAS: 01:00

() Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde) _____

() Internado (setor) _____

() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência

() Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Alberto Barros Araújo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA

BE: 928175

19/06/2016 21:42:46

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.


Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA

BE: 928175

DATA: 21.05.2016

DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016

RX. COLUNA CERVICAL P

VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP

TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.

SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.

ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP

ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.

AUSÊNCIA DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

55

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



AG. JOÃO PESSOA
12 JUN. 2019
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|--|
| REGISTRO GERAL | 3.948.681 |
| DATA DE EXPEDIÇÃO | 22/03/2011 |
| NOME | GIVANILSON NUNES DA SILVA |
| FILIAÇÃO | GIVANILDO NUNES DA SILVA SEVERINA VIRGINIO DA SILVA |
| NATURALIDADE | RIO TINTO-PB |
| DATA DE NASCIMENTO | 25/01/1993 |
| NASC.N.5706 FLS.375 LIV.A07 | |
| CARTORIO RIO TINTO-PB | |
| 110.627.554-30 | |
| ASSINATURA DO DIRETOR Ident. Civ. e Crim. | Assinatura de Givanilson Nunes da Silva Neto |
| LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JACQUELINE FORTES DA COSTA

CPF: 078.854.201-78 DTN: 08/03/1978

PLACA: JACQUELINE FORTES DA COSTA

06534282975 22/05/2020 26/10/2020

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1665475891

PROIBIDO PLASTIFICAR 1665475891

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 12 JUN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givanilson Nunes da Silva
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: desempregado Nº DO RG: 3.948.681
ORGÃO EMISSOR: SSD5/PB DATA DE EMISSÃO: 22/03/2017
Nº CPF: 110.627.554-30 ENDEREÇO: Sítio Tavares, s/n,
Arua Rural - Rio Tinto - PB

OUTORGADO: jacqueline Pontes da Costa
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: desempregada Nº DO RG: 06934282975
ORGÃO EMISSOR: 10/08/1PB DATA DE EMISSÃO: 30/10/2018
Nº CPF: 076.255.207-73 ENDEREÇO: Rua Maria Alves
da Rocha, 45 AP 305, CEP: 58036-965 - Amambuze

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Givanilson Nunes da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Rio Tinto, 10 de junho de 20 19.

Givanilson Nunes da Silva
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notário - Promotor de Justiça - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica
Rua da Mangueira, 25 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
58297-000 - Fone: (33) 3291-2342 - www.pimentelnot.com

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangueira, 25 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
58297-000 - Fone: (33) 3291-2342 - www.pimentelnot.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
GIVANILSON NUNES DA SILVA.....
Em testada verdade, Rio Tinto-PB 30/06/2019 10:39:30
Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente
(2019-001965)EML:R\$ 49,91 FAFEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1551418-315L
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinb.com>

Felipe Ricardo Nobrega da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JUN. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199990/19

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

CPF: 110.627.554-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/06/2016

Titular do CPF: GIVANILSON NUNES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JACQUELINE PONTES DA COSTA : 076.255.207-73

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

GIVANILSON NUNES DA SILVA : 110.627.554-30

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 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: 12/06/2019
Nome: JACQUELINE PONTES DA COSTA
CPF: 076.255.207-73

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA