



Número: **0800051-74.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EVERTON FERNANDES DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35677 025	20/10/2020 11:42	<u>2759457_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190483881 Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERTON FERNANDES 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, contados 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

Carta n° 14718899



330 00727/00728 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889>
Número do documento: 20102011420212000000034076889

Núm. 35677025 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190483881 Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVERTON FERNANDES DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.

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

Pag. 01833/01834 - carta_03 - INVALIDEZ



00070917

Carta nº 14718938



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190483881 Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVERTON FERNANDES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/07/2019, emitido pelo Dr. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM nº 3920 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01651/01652 - carta_31 - INVALIDEZ



00010826

Carta nº 1475154



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Erviton Fernandes da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="100.786.864-90"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="Rua do Compo"/>	9 - Número: <input type="text" value="SIN"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="—"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="Centro"/>	12 - Cidade: <input <="" td="" type="text" value="Jacaraí"/> <td>13 - Estado: <input type="text" value="PB"/></td> <td>14 - CEP: <input type="text" value="58278-000"/></td>	13 - Estado: <input type="text" value="PB"/>	14 - CEP: <input type="text" value="58278-000"/>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDO): <input type="text" value="({3}) 99192-8026"/>	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: CONTA: 3
 (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 de indenização 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; ou
- 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) 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 (na/nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
	<input type="text"/>
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	<input type="text"/>
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha 16 AGO. 2019
	<input type="text"/>

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

12/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **02820351/19** 3 - CPF da vítima: **100.786.864-90** 4 - Nome completo da vítima: **Evertton Fernandes da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Evertton Fernandes da Silva** 6 - CPF: **100.786.864-90**
 7 - Profissão: **Estudante** 8 - Endereço: **Rua do Campo**
 11 - Bairro: **Samarauí** 12 - Cidade: **Samarauí** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58278-000**
 15 - E-mail: **(83)99192-8028**
 16 - Tel.(DDD): **(83)99192-8028**

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:

RECLUSO 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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos): _____

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2191** CONTA: **2021** Dígito: **3**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 de indenização 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; ou
 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 a avaliação médica as custas da seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Leis 154774, art. 31, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva o 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros): 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 Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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 de seu representante: _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____ 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____ 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

40 - Local e Data: **Joaí Peixoto, 21/08/2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **× Evertton Fernandes da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

_____ V002/2019

TESTEMUNHAS





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: **018203519** 3 - CPF da vítima: **100.786.864-90** 4 - Nome completo da vítima: **Everton Fernandes 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: Everton Fernandes da Silva	6 - CPF: 100.786.864-90		
7 - Profissão: Estudante	8 - Endereço: Rua do Compo	9 - Número: SIN	10 - Complemento: —
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Juiz de Fora	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58278-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (13) 99192-8025	

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2391** CONTA: **2027** (3)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 de indenização 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; ou
- 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 as custas da Seguradora Lider 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) 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu à luz/nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

16 AGO. 2019

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa, 16/08/2019**

* Esta é a 2ª assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

12/2019

TESTEMUNHAS





Chair: Vermelha Brusilovska



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332188200

Boletim de Atenção: 1161852



Identificação do paciente

Informações do paciente				
ID 1149674	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 8 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Pronome Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA				Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSO(A)
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986456110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3975707	Nº Cns 181052651910005		
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
* mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58276000	Município de residência JACARAÚ	UF PB	Logradouro DA CAGEPA	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 10/05/2019 14:50:40	Número da pulseira 10007590497	Convênio SUS	16 AGO. 2019	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente vítima de queda de moto e/ou cedimento da queda. Necessita da malha de avaliação da Biomarcas que inclui exames</i>				
Diagnóstico				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				
Tempo 02min 01seg				

[Imprimir](#)





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **EVERTON FERNANDES PESSOA** RG 3.976.707 2^aVIA SSDS/PB, CPF: 700.786.864-90, residente no município de Jacaraú-Pb, foi vítima acidente motociclistico (queda), apresentando fortes dores na região do tórax. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 09/05/2019, sendo encaminhado para o Hospital Geral de Mamanguape (HGM), Mamanguape – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 20 de Agosto de 2019.

Lindinalva Vicente da Costa Silva (fur administrativa)

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO



Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodesaudeauraribeiro@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889 Número do documento: 20102011420212000000034076889		Número de protocolo: 20102011420212000000034076889 Data de protocolo: 20/10/2020 11:42:02	
<p>EDVALDO FERNANDES DA SILVA RUA DCGAMPO, S/N / CASA - CENTRO EDIFÍCIO PARABÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BL/230, KM 25 - Cinto Redentor - Jaboatão dos Guararapes / PE - CEP 56307-1680 CNPJ 09.095.183/0001-40 - INSC Est. 16015823-0 CEP/SOC RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Residência 3 - 28 - 515 - 2800 Referência: Agosto / 2019 Endereço: 00000991252 Notificação / Conta de Energia Eletrica N029.077.984 Cód. para Deb. Automático: 00010693893 Acessar: www.energisa.com.br </p>			
<p>Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196</p>			
<p>Conta referente a CPF / CNPJ / RANI Agosto / 2019 07/08/2019 06/09/2019 027.867.664-55 Proxima leitura Data prevista da apresentação Agosto / 2019 07/08/2019 06/09/2019 HSCE</p>			
<p>UC (Unidade Consumidora): 5/1069389-3</p>			
<p>Canal de contato: Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em junte-se.gov.br/vacinabrasil</p>			



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 Ouvintoria: 0800 021 91 35

Eu, Eduvan Fernandes da Silva,

RG nº 3864812, data de expedição / / ,

Órgão ITEP / RN, portador do CPF nº 073.342.684-07,

com domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 7 de Setembro, nº S/Nº,

complemento Bairro Santo Inácio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

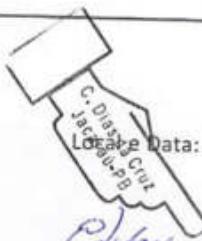
Eduvan Fernandes da Silva, cujo o condutor era

Eduvan Fernandes da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 125 FAN Ano: 2009 / 2010

Placa: NPU Y450 Chassi: 9G2JC4110AR531803

Data do Acidente: 09 / 05 / 2019



Local e Data: Jacaraú, 14/08/2019



Eduvan Fernandes da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1161852 e PRONTUÁRIO nº 115695

PACIENTE: EVERTON FERNANDES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 23.08.97

Data e Hora do Atendimento: 10.05.19

Horário: 14:50h

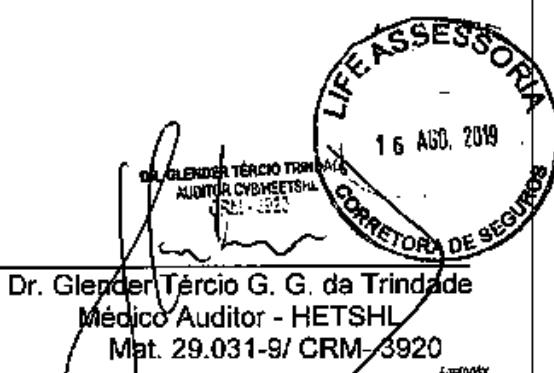
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do Hospital Geral de Mamanguape apresentando quadro de trauma abdominal contuso, dor no hemitorax direito. Atendido pelo Dr. Leonardo Fonseca de Andrade CRM 5799, Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dr. José Carlos Marques CRM 2102, Dr. Thiago Mendonça CRM 10.345, Dr. Rodrigo Campos Monteiro CRM 6067.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO + LESÃO RENAL DIREITA CID 10 S 37 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, Ultrassonografia de Abdome, Tomografia computadorizada de abdome e tratamento cirúrgico em 10.05.19 com laparotomia exploradora e correção cirúrgica de hematoma retroperitoneal e hematoma perirenal direito com drenagem de hematoma.

ALTA HOSPITALAR: Em 15.05.19 às 19:29h.

Data da Emissão: 16.07.19



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





HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

ENCAMINHAMENTO: HETSHL

PACIENTE: EVERTON FERNANDES DA SILVA

DATA: 10/05/2019 SEXO: M IDADE: 21 anos

PACIENTE APRESENTANDO DOR ABDOMINAL INTENSA APÓS QUEDA DE MOTO, FOI REALIZADO USG QUE EVIDENCIOU HEMATOMA INTRAABDOMINAL A/E E LESÃO RENAL POS- TRAUMATICA.

SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

GRATO.

MAMANGUAPE, 10/05/2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "LUIZ CARLOS", is written over a horizontal line.



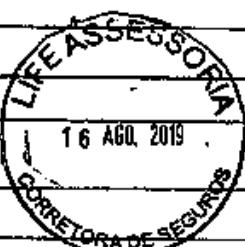


Identificação do paciente

ID 1149674	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 8 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Pronunciado
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA	Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSA(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988456110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3976787	Nº Cns 161052651910005		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOÃO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58278000	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro DA CAGEPA
Número SN	Complemento Bairro CENTRO		



Admissão

Data e Hora 10/05/2019 14:50:40	Número da pulseira 10007590497	Convênio SUS	16 AGO. 2019
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veículo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

paciente vítima de queda de moto e dor abdominal pós queda necessita da realização de avaliação da cirurgia que inclui exames



Diagnóstico	CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 02min 01seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
EVERTON FERNANDES DA SILVA		II61852	10/05/2019 14:50:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo		
23/08/1997	21a 8m 17d	Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe			361052651910005	(83) 988456110
MARIA DAS GRACAS SILVA				Prontuário
Endereço	Bairro	Município	UF	
DA CAGEPA, SN	CENTRO	JACARAÚ	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE CARLOS MARQUES	2102/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
10/05/2019 14:50:40		10/05/2019 15:29:06		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO DOR NO HEME TÓRAX DIREITO TÓRAX DOR A PALPAÇÃO EM 'EME TÓRAX DIREITO ABDOME DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTRAÇÃO DE PAREDE MMSS E MMII NDN

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1,0 ML, VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSV)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

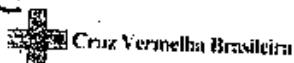
Dr. José Carlos Marques
CRM 2102

EVERTON FERNANDES DA SILVA

JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
EVERTON FERNANDES DA SILVA	1161851	10/05/2019 14:30:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/08/1997	21± 8m 17d	Masculino	161052651910005 (83) 988456110
Mãe			Prontuário
MARIA DAS GRACAS SILVA			
Enderço	Bairro	Município	UF
DA CAGEPA, SN	CENTRO	JACARAÚ	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE CARLOS MARQUES	2102/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/05/2019 14:30:40		10/05/2019 15:40:10	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CONSCIENTE ORIENTADO , REFERINDO DOR NO HEMI TORAX DIREITO TÓRAX DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTRA DE PAREDE MÍSSIS E MMU NDN SOLICITO RX DE TORAX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

Em observação

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Dra. José Carlos Marques
CRM 12102

JOSE CARLOS MARQUES
CRM 12102

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
EVERTON FERNANDES DA SILVA	1161852		10/05/2019 14:50:40	Data Entrada
Data de nascimento	Idade	Sexo		
23/09/1997	21a 8m 18d	Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe			161052651910005	(83) 988456110
MARIA DAS GRACAS SILVA				Prenditório
Endereço		Bairro		
DA CAGEPA, SN		CENTRO	Município	UF
Acidente	Motivo		JACARAÚ	PB
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação			GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PRH
10/05/2019 14:50:40				
			Data/Hora Prescrição	
			10/05/2019 22:00:45	

Anamnese

Pronto operatório - CIRURGIA GERAL - PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO (QUEDA DE MOTO), SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA, SOB ANESTESIA GERAL, COM AVALIAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA DA EQUIPE DA UROLOGIA, SEM INTERCORRENCIAS, AOS DADOS DA URPA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORAS(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSMS)

CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML), ADMINISTRAR 200,0 ML VIA E.V. 12/12H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 12 HORA(S)

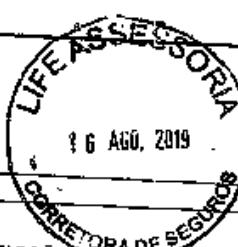
Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML



16 AGO, 2019

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MEDIR E ANOTAR DEBITO DO BRENO DE SUCCÃO)

II - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: CURATIVO DIARIO)

III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MEDIR E ANOTAR DEBITO DA SONDA VESICAL)

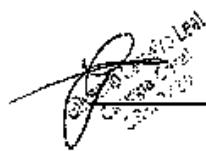
IV - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: CCGG + SSVV)

Conduta

Internar Paciente



EVERTON FERNANDES DA SILVA



GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41

71

71



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 17



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332166700Impresso por: JULIO
AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
Em: 12/05/2019 08:01:00

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Bolema de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 1B1052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 1d 8h 47min		Convênio SUS		Plano DIURNO
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 1d 17h 11min		Permanência no Leito: 17h 12min

Evolução médica (JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO - 12/05/2019 08:00:37)**EVOLUÇÃO:****PROCEDIMENTO:****Descrição da evolução:**

paciente em pos operatório de trauma renal
estável hemodinamicamente
dreno abdômen com 20ml nas 12h
fo limpa
cd alta cirurgia geral
aos cuidados da urologia

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: LEITO - 091

Profissional responsável pela informação: JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

Número Conselho: 5955

Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Cirurgia Geral - Laparoscópica - Endoscópica
CRM 5955





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 11/05/2019 08:34:47

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 161052651910005	Pronluário 115695
Tempo de Internação 9h 26min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 17h 44min		Permanência no Leito: 9h 16min

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 11/05/2019 08:34:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**#1ºDPO - LE+DRENAGEM DE HEMATOMA PERIRRENAL À DIREITA (REVISÃO DA HEMOSTASIA)
PACIENTE EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS ABDOMINAIS NO MOMENTO.
CONDUTA: VPM.**

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 006
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL E CIR. VASCULAR
CRM/PB 4815

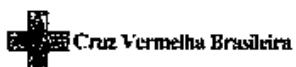


16 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 5n - PEDRO GONDIM
CEP: 445365 - Tel: 6332165700

Impresso por: ARTHUR
ELESBAO RAMALHO
TROCÓI DOS SANTOS
Em: 13/05/2019 10:26:03

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Botafogo de Atendimento 1161652	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 161052851810005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 2d 11h 12m 31s		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 2d 19h 36min		Permanência no Leito: 1d 19h 37min

EVOLUÇÃO MEDICA (ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCÓI DOS SANTOS - 13/05/2019 10:25:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Urologia

Paciente submetido à laparotomia exploradora para drenagem de hematoma retroperitoneal. Descrição cirúrgica da urologia. não evidenciou lesão renal como causa do hematoma, e inclusive liberando aos cuidados da cirurgia geral.
Cd: alta da urologia aos cuidados da cirurgia geral

Seção: POSTO IA - ENF 3 Letto: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCÓI DOS SANTOS

Número Conselho: 5503

Dr. Arthur Elesbao Ramalho
Urologista
CRM - PB 5503



16 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 20

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: EVERTON FERNADEZ DA SILVA BE Prentuário: 1661852
 Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Com: _____ Data: 10/05/19
 Clínica/Setor: _____ EVP: _____ ER: _____
 Cirurgia: Laparotomia Exploradora
 Cirurgião: Dra. Gilvando CARNEIRO 1º Assistente: Dra. Mangalha
 2º Assistente: DR. R. Thiago 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: DR. DIEGO
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Hematoma Retroperitoneal / Perirenal (D)	
Contusão Renal (D)	
trauma Abdominal Fechado	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Laparotomia Exploradora	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/05/19





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DOK sob Anestesia Geral
- (2) Assepsia + Aneurisma + exposição do campo Estéril

Incisão:

Indução Xifopubiana

Achados:

Hematoma retroperitoneal / hematoma peritoneal (D)
Hematoma peritoneal / contusão renal / sangramento intra-abdominal em modesta quantidade

Conduita:

Exploração do hematoma retroperitoneal (D) Reta, exploração do hematoma peritoneal (D) em loja renal, evidenciando hematoma acometendo gástrica sem maior acometimento da peritonite, visos renais e urinário direto inteiros. Sem contra-indicação para manobra de aspirante. Ausculta de alças intestinais, sem achado de alça frágil e baixos impasses suscitos de maltração ou reação pélvica. Nenhuma lesão de sangramento ativo.
Transição da cavidade com SF 2-4% apurado
Sangramento de dura da sonda n.º 6.4 cm loja renal (D)
Revisão da hemostasia
Contagem de compressas OK

Fechamento:

Sutura de apêndice com fio vicryl 1.0
Fimbra do dura cl aylen 3.0
Sutura da pele ringer 3.0

Observação:

SVI com dura clara.

Análise das undações no interior operatório.



João Pessoa, 10/10/19

Médico/CRM: _____



F(NG).ASCIR.009-I



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>

Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 22

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral.

Incisão:

Multiciliar Xifopubiana.

Achados:

Conduta:

O clínico pede Cir. Genl, que encontra-se no espaço de retroperitoneo, uma gárgula com muita aderência ao peritoneo e retroperitoneo (loja renal);

② Fazendo exploração da loja renal, este está livre - se retroperitoneal com aderências ferocias, sem nenhuma anomalia de peritonismo; fígado regular e干净 (limpo); bônus hepático normal; não existindo nenhuma lesão aparente; SIDA e diabetes negativo;

③ Pede liberação da uréteria - suprimento avos cutâneos da cirurgia Genl.

Fechamento:

Observação:



Médico/CRM:

Rodrigo Campos Monteiro
CRM 6087

João Pessoa, 10/05/19.

FNCG.ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edson Formaldo da Silveira	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino / <input type="checkbox"/> Feminino	Data: 10/05/19	Idade: 18	CRM: 1184	CNPJ:
Cirurgião:	Edson Formaldo da Silveira	Assistente:	Edson Formaldo da Silveira	Instrumentador:	Anestesista:	Hortelio Júnior
Cirurgia:	Extratores Endodonticos	Clínica/Sector:	Clínica Odontológica	Type de Anestesia:	Tetraclina	Danoso Fis-Operatório
Clínica/Sector:	Clínica Odontológica	CD:		Procedimentos Cirúrgicos	Codigoo	
<p><i>(aparelhos ex-plantados)</i></p>						

Biopsia de Congelação: () Sim () Não	Encaimramento da Paciente Apés Ato Cirúrgico:	() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Obito durante Ato Cirúrgico
16 AGO 2019	LIFE ASSISTÊNCIA	QDIRETORIA DE SEGUROS

João Pessoa.

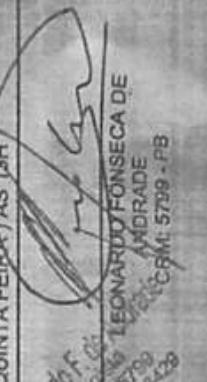


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pie.tjbj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889>
Número do documento: 20102011420212000000034076889

Num. 35677025 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889
Número do documento: 20102011420212000000034076889

Documento de Alta			Número Prontuário:
Nome: EVERTON FERNANDES DA SILVA	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/05/2019 23:14:43	Data de Alta: 15/05/2019 08:29:00
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduita: conduta=5 PO DE HEMATOMA PERI RENAL A(D TRAUMÁTICO ?) SUBMETIDO A LAPAROTOMIA E DRENAGEM . EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS			
Resumo da Internação: resumointernacao=VIDE ACIMA			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=LE+ DRENAGEM			
Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado			
Recomendações: recomendacoes=RETORNO NO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA NO HTOP NO DIA 30/05 (QUINTA-FEIRA) AS 13H	 Leonardo F. C. Urologista CRM-PB 02460385438 CPF 02460385438 CRM: 5799 - PB		


Data: 15/05/2019
16/05/2019



16 Agosto 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
V-02 P-074	
Everton Fernandes da Silva	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	3.976.707 - 2 VIA EXPEDIÇÃO
GERAL	26/12/2016
NOME	
EVERTON FERNANDES DA SILVA	
FILIAÇÃO	EDVALDO FERNANDES DA SILVA MARIA DAS GRACAS SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DOC ORIGEM	PNSC.N.14831.FLS.196.LIV.A14
CARTÓRIO	JACARAU-PB
700.786.864-90	
Assinatura de Suelio Moreira Torres	
DATA DE NASCIMENTO	
23/08/1997	
LEIA O DOCUMENTO ANTES DE ASSINAR	
LÉGALMENTE ASSINADO	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889>
Número do documento: 20102011420212000000034076889

Num. 35677025 - Pág. 28

16/08/2019

Emissão Boletos Licenciamento

 DETRAN-PB Departamento Estadual
de Trânsito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: EDIVAN FERNANDES DA SILVA		CPF/CNPJ 07334268407	Nosso Número 0		
Placa NPU7450	Chassi 9C2JC4110AR531808	Código Renavan 173083870	Data Vencimento 16/08/2019	Data Emissão 16/08/2019 07:10:50	Valor Documento 1.040,18

Discriminação dos Débitos:

LICENCIAMENTO 2015	151,44
BOMBEIRO 2015	22,72
LIC.ATRAS.LEI 7.656	84,80
LICENCIAMENTO 2016	151,44
BOMBEIRO 2016	22,72
LICENCIAMENTO 2017	151,44
BOMBEIRO 2017	22,72
LICENCIAMENTO 2018	151,44
BOMBEIRO 2018	22,72
LICENCIAMENTO 2019	151,44
BOMBEIRO 2019	22,72
SEG.OBRIGATORIO 2019	84,56

Multas:

16/08/2019 07:10:50

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.



http://pje.tjpb.jus.br:8080/BBDT_LICENCIAMENTO_2017/consulta?placaMask=npu-7450&display=web&pessoa=fisica&cpfMask=073.342.684-07&an... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889>

Número do documento: 20102011420212000000034076889

Num. 35677025 - Pág. 29

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190483881 Cidade: Jacaraú Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA Data do acidente: 09/05/2019 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO RENAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM DO HEMATOMA RETROPERITONIAL) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 12 E 13.

NOS 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 30



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Evanter Fernandes de Silva
 DATA DO ACIDENTE 09/05/2019 CPF DA VÍTIMA 700.786.864-90

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Evanter Fernandes da Silva

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERÉSCO DO PORTADOR Rua das Campanhas

Nº S/Nº COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centrus
 CIDADE Joaçaba UF PB CEP 58278-000

E-MAIL _____ TELEFONE (33) 99192-8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVALSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvalsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/08/19IDENTIDADE 3476707 - 2º ViaASSINATURA Evanter Fernandes da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

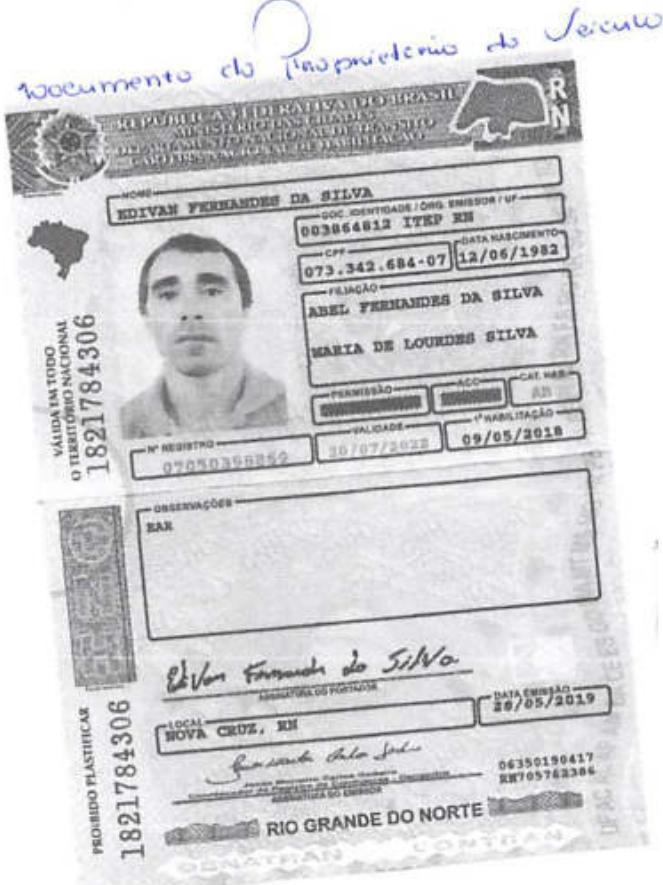
DATA 16 ADU. ETRNOME CORRETORA DE SEGUROSASSINATURA 

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>

Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011420212000000034076889>
 Número do documento: 20102011420212000000034076889

Num. 35677025 - Pág. 32

Importance of experience in improving individual learning



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282035/19

Número do Sinistro: 3190483881

Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

CPF: 700.786.864-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

EVERTON FERNANDES DA SILVA : 700.786.864-90

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 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: 21/08/2019
Nome: EVERTON FERNANDES DA SILVA
CPF: 700.786.864-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

EVERTON FERNANDES DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:42:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142021200000034076889>
Número do documento: 2010201142021200000034076889

Num. 35677025 - Pág. 34