



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
35677025	20/10/2020 11:42	2759457_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 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

Carta nº 14718899

Pag. 00727/00728 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Necropsia, 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=20102011420212000000034076889>

Número do documento: 20102011420212000000034076889

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. GLENER 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 14751154



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: 0282035/19 3 - CPF da vítima: 700.786.864-90 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: 700.786.864-90
7 - Profissão: Oxiabombe 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: 510 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58278-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83)99992-8028

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: ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2591 1 CONTA: 2027 3 AGÊNCIA: 000 000 CONTA: 000 000
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (volnascos)? ☐ 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 16 AÇO. 2019
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019





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: 0182035/19

3 - CPF da vítima: 700.786.864-90

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: 700.786.864-90

7 - Profissão: Estudante

8 - Endereço: Rua do Campo

9 - Número: S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro

12 - Cidade: Salazar

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58278-000

15 - E-mail:

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:

☒ 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 (105)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2024 3

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

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 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 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, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 residência (ou carro)? ☐ 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 21 AGO. 2019

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Everton Fernandes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

VD02/2019





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: 0282035/19 3 - CPF da vítima: 700.786.864-90 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: 700.786.864-90
7 - Profissão: Obediente 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jataí 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.278-000
15 - E-mail: 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: ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2391 1 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 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 (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 16 AGO. 2019
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



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

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

Número do documento: 20102011420212000000034076889

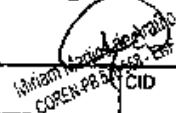
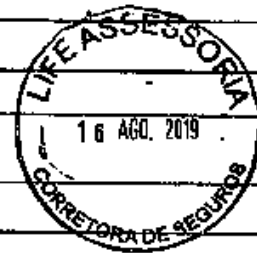
Num. 35677025 - Pág. 6

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1161852



Identificação do paciente				
ID 1149674	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 3 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA	Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988455110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3976797	Nº Cns 161052651910605		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58278000	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		
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	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente vítima de queda de alto e de cabotomuscul por queda mecânica do modo de avaliação de biomecânica que me p/ exames				
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 2ª VIA 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 (Aux. 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



Canal de contato

027.867.654-55

Conta referente a	07/03/2019	06/09/2019	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	027.867.654-55

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

Cód. para Deb. Automático: 00010693893

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 029.077.984

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 Ins. Est. 16.015.823-0

Referencia: Ago / 2019
Emissao: 07/03/2019

Numero 3-28-515-2800
Medidor 00000991252

Unifac MONOFASICO
C/Soc RESMTCB1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL

EDVALDO FERNANDES DA SILVA
RUA DO CAMPO S/N/ CASA - CENTRO
JACARAÚ/PB CEP: 58278000 (AG 14)

energisat



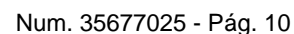


Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020.1595 / Outras regiões: 0800.933.33.33

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

CARTÃO DE REGISTRO EM NOTAS
 NOME: HERMÃO DIAS DA CRUZ
 Tabela: Público
 LOCAL: JACARAÚ - PB
 ZILDA: ERNANDES DA CRUZ
 EM: 04/06/2004 Encargado:





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

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 6087.

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

Dr. Glendner Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM-3920



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

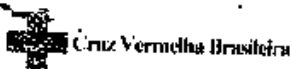
PACIENTE APRESENTANDO DOR ABDOMINAL INTENSA APÓS QUEDA DE MOTO, FOI REALIZADO USG QUE EVIDENCIOU HEMATOMA INTRAABDOMINAL A/E E LESÃO RENAL POS-TRAUMÁTICA.

SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

GRATO.

MAMANGUAPE, 10/05/2019.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucona



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1161852



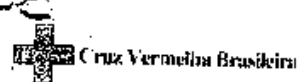
Identificação do paciente			
ID 1149674	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 8 meses 17 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA		Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988456110	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3976707	Nº Cns 161052651910005	
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO 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	
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
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de queda de tido e da abotomun por queda necessitando de avaliação de cirurgia qual me p exames			
Diagnóstico			
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			
Tempo 02min 01seg			



Miriam Medeiros Araújo
COREV-PS 5110 CID

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	1161852	10/05/2019 14:50:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
23/08/1997	21a 8m 17d	Masculino	361052651910005
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DAS GRACAS SILVA			(83) 988456110
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 HEME TÓRAX DIREITO ABDOME DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTECIA DE PAREDE MMSS E MMII NDN

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

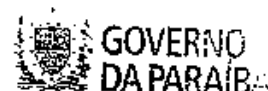
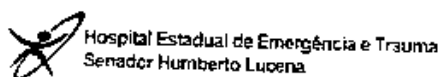
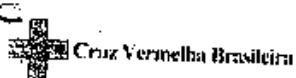
Dr. José Carlos Marques
CRM 2102

EVERTON FERNANDES DA SILVA

JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

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





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EVERTON FERNANDES DA SILVA	BAE 1161851	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21a 8m 17d	Sexo Masculino	CNS 161052631910005
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA			Telefone de Contato (83) 988456110
Endereço DA CAGEPA, SN	Bairro CENTRO	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE CARLOS MARQUES	Nº Cons. Regional 2102/PB
Data/Hora Classificação 10/05/2019 14:50:40		Data/Hora Prescrição 10/05/2019 15:40:10	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO DOR NO HEMITÓRAX DIREITO TÓRAX DOR A PALPAÇÃO NO TÓRAX DIREITO ABDOME DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTECIA DE PAREDE MMS E MMUNDN SOLICITO RX DE TORAX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

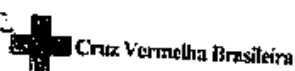
Em observação

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Dr. José Carlos Marques
CRM 12102
JOSE CARLOS MARQUES
(1102/10)

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EVERTON FERNANDES DA SILVA	1161852	10/05/2019 14:50:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
23/08/1997	21a 8m 18d	Masculino	161052651910005
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DAS GRACAS SILVA			(83) 988456110
Endereço	Bairro	Município	UF
DA CAGEPA, SN	CENTRO	JACARAÚ	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GILVANDO CARNEIRO LEAL	248977H
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/05/2019 14:50:40		10/05/2019 22:00:45	

Anamnese

*Nota Operatória# - 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 7 DIADOS 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 HORA(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 (MGTSN)

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



CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MEDIR E ANOTAR DEBITO DO DRENO 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



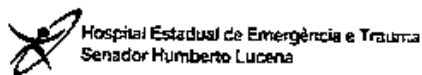
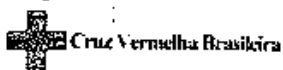
EVERTON FERNANDES DA SILVA

[Handwritten signature]
GILVANDO CARNEIRO LEAL

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(n.º 2489/11B)

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





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNEB: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JULIO
AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
Em: 12/05/2019 08:01:00

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 181052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 1d 8h 47min		Convênio SUS	Plantão 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 MEDICA (JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO - 12/05/2019 08:00:37)

EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

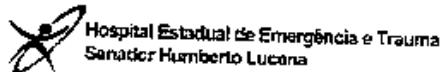
Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: LEITO - 081

Profissional responsável pela informação: JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

Número Conselho: 5955

Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Cirurgia Geral - Laparoscopia Obesidade
CRM 5955





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 151052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 9h 20min		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 5815





AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700

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

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 161052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 2d 11h 12m In		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 30m In		Permanência no Leito: 1d 19h 37m In

EVOLUÇÃO MEDICA (ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI 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 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS

Número Conselho: 5503

Dr. Arthur Elesba Ramalho Trocoli
Urologista
CRM - PE 5503



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: EVERTON FERNANDES DA SILVA BE. Prentuário: 1161852
 Idade: 21 Sexo: (☒ Masculino) (☐ Feminino) Cor: _____ Data: 10.05.19
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA Exploradora
 Cirurgião: Dr. Gilvando Azevedo 1º Assistente: Dr. Mangueira
 2º Assistente: MR2 Thiago 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. DIEGO
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>HEMATOMA RETROPERITONEAL / PERIRENAL</u>	
<u>CONTUSÃO RENAL</u>	
<u>TRAUMA ABDOMINAL Fechado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LAPAROTOMIA Exploradora</u>	

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DOK sob Anestesia Geral
- ② Assupção + desinfecção + exposição do campo estéril

Incisão:

Incisão Xifopúbica

Achados:

Hematoma retroperitoneal / hematoma peritoneal ①
Hematoma peritoneal / contusão renal / sangramento intra-
abdominal em moderada quantidade

Conduta:

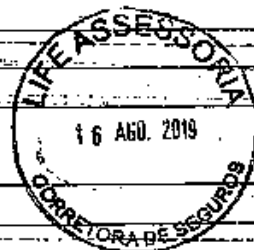
Exposição do hematoma retroperitoneal ① Direta: exposição do
hematoma peritoneal ① em face renal, evidenciando hematoma
acompanhado de grão sem maior acometimento da perinefrina, vasos
unais e ureter direito, íntegros. Sem contusão lateral sem acometimento
aparente. Avaliação da Aorta intimamente, sem lesão da Aorta.
Fígado e baço íntegros. Avaliação de maior acometimento na região
pelvica. Avaliação de lesões e sangramento ativo.
Lavagem da cavidade com SF 0,9% aquecido.
Aplicação da dreno de SAGES n.º 6,4 em face renal ①
Retirada do hematoma
Controle de compressas OK

Fechamento:

Sutura de aponeurose com fio negro n.º 0
Fundo do dreno e oxigen 3,0
Sutura da pele e aponeurose 3,0

Observação:

SVD com dreno claro.
Avaliação da urina no intra-operatório



Médico/CRM:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 10.345

João Pessoa, 10/10/19

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral.

Incisão:

Mediana Xifopúbiana.

Achados:

Conduta:

① Pênis pela Cir. fem., que encontrava-se em curso de hiperostose, com qualificação conjunta de hiperostose em heteropertose (loca renal);

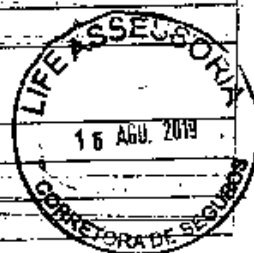
② Fez-se exploração da loja renal, sendo percebido hiperostose com metástase frotas, sem sinais aneurismáticos de peritonismo; fôcos renais e quistos também internos; fôcos estruturais em aneurismal apertado; SVA de diátese clare;

③ Paciente liberado da Urologia, supondo

Fechamento:

com curativos da Cirurgia fem.

Observação:



Rodrigo Campos Monteir
CRM 6087

João Pessoa, 10/05/19.

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

1 207916

(Handwritten signature)

Nome: Eurilton Formoso da Silva BE: Promatário Cor: Data: 10/05/19 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Clinica/Setor: Cirurgia 1º Assistente: João Almeida 2º Assistente: Adriano Gomes Anestesiista: Adriano Gomes Tipo de Anestesia: Horário: Início Término

CID	Diagnóstico Pós-Operatório
	<i>(Handwritten: Neoplasia maligna de glândula)</i>
Código	Procedimentos Cirúrgicos
	<i>(Handwritten: Laparotomia exploradora)</i>

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: () Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



João Pessoa

Médico/CRM:



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Número Prontuário: 115695	
Data de 23/08/1997	Sexo: Masculino	Data de Alta: 15/05/2019 08:29:00	
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=5 PO DE HEMATOMA PERI RENAL À D(TRAUMÁTICO ?) SUBMETIDO A LAPAROTOMIA E DRENAGEM , EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIÁS			
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 30/05/2019 (QUINTA FEIRA)			

LEONARDO FONSECA DE
 ANDRADE
 CRM: 57599 - PB
 CPF: 02460388-26



FICHA DE ANESTESIA

DATA 10/05/12

PRONTUÁRIO 1161852

PACIENTE Evanton Fernandes de Almeida

SEXO M COR BRANCO

IDADE 01A

PRONUNCIADO 13:30 RESPIRATÓRIO RESPIRATÓRIO TEMPERATURA 36,0

ESTABILIDADE ESTÁVEL RITMO REGULAR FREQUÊNCIA 100 PRESSÃO 120/80 RITMO REGULAR FREQUÊNCIA 100

EXAMES COMPLEMENTARES NEM

APARELHO RESPIRATÓRIO Suprimento APARELHO CIRCULATÓRIO testado hemodinamicamente

SUPLENIMENTO φ EXATIDÃO φ DENSIDADE φ

DEBILIDADE φ E

DEBILIDADE PRE-OPERATÓRIA φ

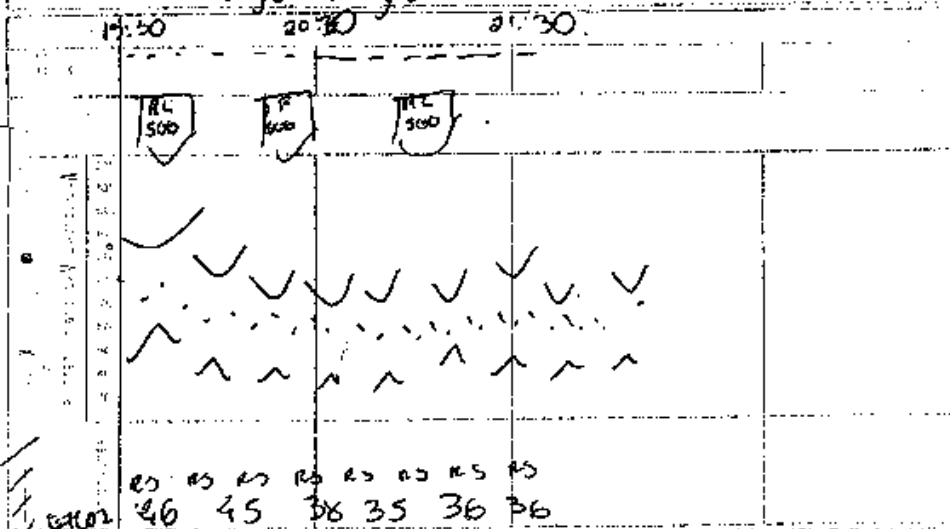
CIRURGIA Explorador

CIRURGO Gilvandro AUXILIARES em Hemodinâmica + HRT - Thiago

INÍCIO DA ANESTESIA 13:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 21:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CAMPO DE PROCEDEMENTO φ QUANTIDADE φ VOLUME φ

ANESTESISTA Dr. Diego + HRT - Thiago CUIDADO



Aparatos de monitorização: Curvador, Ventilação pulmonar, HSO, etc, pre-oxigenação e monitorização.

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

- Fentanyl 200 mcg
- Propofol 180 mg
- Succinilcolina 80 mg
- Atropina 10 mg
- Etomidato 2 mg
- Rebrotomina 10 mg
- Nubupropina 10 mg
- Isopropileno 10 mg
- Sevoflurano
- Alupron 0,75 mg
- Propofol 2,5 mg

Dr. 100% indução imediata com 100% 30s. Sequência rápida 100% 2,5, insuflado cuff, polipneumonia confirmada por exame físico + cefalografia. Manter-se sob um nível de 2.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-074

Suelio Moreira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.976.707 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 26/12/2016

NOME EVERTON FERNANDES DA SILVA

FILIAÇÃO EDVALDO FERNANDES DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM N.º 14831 FLS. 196 LIV. A14

CPR CARTÓRIO JACARAÚ-PB

700.786.864-90

DATA DE NASCIMENTO 23/08/1997



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

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																								
<p>Discriminação dos Débitos:</p> <table> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2015</td> <td>151,44</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2015</td> <td>22,72</td> </tr> <tr> <td>LIC. ATRAS. LEI 7.656</td> <td>84,80</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2016</td> <td>151,44</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2016</td> <td>22,72</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2017</td> <td>151,44</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2017</td> <td>22,72</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2018</td> <td>151,44</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2018</td> <td>22,72</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2019</td> <td>151,44</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2019</td> <td>22,72</td> </tr> <tr> <td>SEG. OBRIGATORIO 2019</td> <td>84,56</td> </tr> </table> <p>Multas:</p>						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
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																												
<p>Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.</p> <p>16/08/2019 07:10:50</p>																													



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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Everson Fernandes da Silva
DATA DO ACIDENTE 09/05/2019 CPF DA VÍTIMA 700.786.864-90
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Everson Fernandes da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua dos Campos
Nº 511 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro
CIDADE Jouvenais UF PB CEP 58275-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 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 IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (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, TAIS 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 DA 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, TAIS 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.DPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/08/19
IDENTIDADE 3976707-2-Via
ASSINATURA Elisabet Champele Costa Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/08/19
NOME Elisabet Champele Costa Silva
ASSINATURA _____



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. 31

Documento do Imposto de Renda

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DE RECEITAS E DE TRANSITO
CAPITANIA PORTUARIA DE MARILIA/AC

RG N

WOMEN

EDIVAN FERNANDES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF

003864812 ITPR RN

CPF

073.342.684-07

DATA NASCIMENTO

12/06/1982

FILIAÇÃO

ABEL FERNANDES DA SILVA

MARIA DE LOURDES SILVA

PERMISSÃO

ACQ

CAT. RES

0000000000

AN

VALIDADE

1ª HABILITAÇÃO

30/07/2022

09/05/2018

Nº REGISTRO

07850356852

OBSERVAÇÕES

BAR

Edivan Fernandes da Silva

SIGNATÁRIA DO PORTADOR

LOCAL

NOVA CRUZ, RN

DATA EMISSÃO

28/05/2019

Assinado Eletronicamente
Assinatura do Portador do Documento
Assinatura do Emissor

06350190417
RN705763306

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1821784306

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1821784306



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

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

