

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **PAULO CESAR DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170645134**

Vitima: **PAULO CESAR DA COSTA**

Data do Acidente: **13/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170645134**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12092286



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: PAULO CESAR DA COSTA

Sinistro: 3170645134
Vítima: PAULO CESAR DA COSTA
Data do Acidente: 13/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170645134** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12175799

A/C: PAULO CESAR DA COSTA

Nº Sinistro: 3170645134
Vítima: PAULO CESAR DA COSTA
Data do Acidente: 13/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO CESAR DA COSTA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 0000041

Conta: 00000476428-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170645134 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **PAULO CESAR DA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CORAÇÃO DE JESUS nº 96 - PRESIDENTE MÉDICI - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1432486 - SSP**
Data local do exame: **20/12/2017 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura dos ossos da perna esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

paciente chega deambulando sem claudicação, operado há 7 meses e já de alta. apresenta leve limitação para flexão total do joelho esquerdo, e pequeno encurtamento de aproximadamente 1cm em relação ao contralateral

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

déficit funcional residual do membro inferior esquerdo

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 20/12/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB

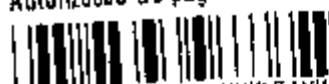

Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRE _____

Autorização de pagamento



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

EU, Paulo Cesar da Costa
PORTADOR(A) DO RG Nº 1432486, EXPEDIDO POR SSP/PE EM 21/03/14
CPF 789869204-53 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Picapeiro
E RENDA MENSAL DE R\$ Picapeiro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Cesar da Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

RECEBIDO

20 JUL, 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPE

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0041 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9769280

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

C. Grande 13 de julho de 2017

LOCAL E DATA

Paulo Cesar da Costa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009), e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMPINA GRANDE
DATA: 09/05/2017 HORA: 13:19:49
TERMINAL: 00411035 CONTROLE: 004110360249

AGÊNCIA: 0041 - CAMPINA GRANDE
CONTA : 013.00476428-2
CLIENTE: PAULO CESAR DA COSTA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/05	400

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/05	
02/05	

RESUMO EM 08/05
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL

CO PAGAMENTO DO ABONO SALARIAL 2016/2017
ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA
APP CAIXA TRABALHADOR OU 0800 726 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RECEBIDO

20 JUL 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRE

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização:

ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Paulo Cesar da Costa,
PORTADOR(A) DO RG Nº 143.2486, EXPEDIDO POR SSP/PP EM 21/03/14 E
CPF 739.009.204-53 / CNPI 00000000000000000000, PROFISSÃO Peixeiro
E RENDA MENSAL DE R\$ Peixeiro () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Cesar da Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0041 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9764280

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

C. Grande 13 de julho de 2014
LOCAL E DATA

Paulo Cesar da Costa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMPINA GRANDE

DATA: 09/05/2017 HORA: 13:19:49

TERMINAL: 00411036 CONTROLE: 004110308249

AGÊNCIA: 0041 - CAMPINA GRANDE

CONTA: 013.00476428-0

CLIENTE: PAULO CESAR DA COSTA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUQUINHA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA VALOR

01/05 DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA VALOR

01/05

02/05

RESUMO EM 08/05

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

PAGAMENTO DO NBOB-SALARIO 2016/2017

ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA

APP CAIXA TRABALHADOR OU 0800 726 0287

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

www.caixa.gov.br

RECEBIDO

20 JUL 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00201.01.2017.2.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada no Registro de Ocorrência Policial Nº 00201.01.2017.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:08 horas do dia 05 de julho de 2017, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Severino de Carvalho Lopes, matrícula 743267, e lavrado por José Alberto do Nascimento, Escrivão de Polícia, matrícula 902411, ao final assinado, compareceu **Paulo Cesar da Costa**, CPF nº 789.269.204-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), filho(a) de Maria do Carmo Rocha Costa e José Casado da Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 02/07/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coração de Jesus, Nº 735, complemento JARDIM BOREBOREMA, bairro [determinado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98837-8751.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cruzamento das Ruas José Augusto Braga Com Severino Pereira Rodrigues, Próximo a Base da Pro. Campina Grande/PB, bairro Presidente Médici; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/05/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo POP1001, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor vermelha, ano 2016/2017, placa QFU-6585, chassi 9C2JB0100HR214795, renavam 01106949185

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 13.05.2017, estava trafegando pela Rua José Augusto Braga, Bairro Presidente Médici, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP1001, ano/modelo 2016/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100HR214795, de placa QFU-6586/PB, licenciada em nome de Igor Delano Balbino da Costa, quando no cruzamento com a Rua Severino Pereira Rodrigues foi atingido por um veículo de marca, placas e outras características que ignora, inclusive o condutor, que invadiu a via preferencial por onde o comunicante trafegava, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado contra o solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares da CIPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado.

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

RECEBIDO

20 JUL. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

Procedimento Policial: 00201.01.2017.2.00.420

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 05 de julho de 2017.

Jose Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão de Polícia

Paulo Cesar da Costa

PAULO CESAR DA COSTA
Noticiante

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



POLÍ
CIVIL
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00201.01.2017.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada no Registro de Ocorrência Pol-001 Nº 00201.01.2017.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:08 horas do dia 05 de julho de 2017, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Severino de Carvalho Lopes, matrícula 743267, e lavrado por José Alberto do Nascimento, Escrivão de Polícia, matrícula 902411, ao final assinado, compareceu **Paulo Cesar da Costa**, CPF nº 789.269.204-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), filho(a) de Maria do Carmo Rocha Costa e José Casiano da Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 02/07/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coração de Jesus, Nº 735, complemento JARDIM BOBÓREMA, bairro (Indeterminado), tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98837-8751.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cruzamento das Ruas José Augusto Braga Com Severino Pereira Rodrigues, Próximo a Base do Pm, Campina Grande/PB, bairro Presidente Médici; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/05/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

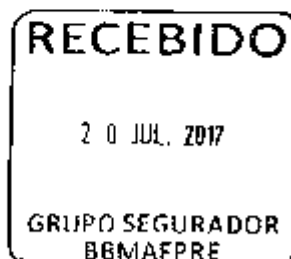
Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo POP100I, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor vermelha, ano 2016/2017, placa QFU-6585, chassi 9C2JB0100HR214795, renavam 01106949185

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 13.05.2017, estava trafegando pela Rua José Augusto Braga, Bairro Presidente Médici, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100I, ano/modelo 2016/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100HR214795, de placa QFU-6586/PB, licenciada em nome de Igor Delann Balbino da Costa, quando no cruzamento com a Rua Severino Pereira Rodrigues foi atingido por um veículo de marca, placas e outras características que ignora, inclusive o condutor, que invadiu a via preferencial por onde o comunicante trafegava, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado contra o solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares da CPTrai não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado.

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



Procedimento Policial: 00201.01.2017.2.00.420

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social

Campina Grande/PB, 05 de julho de 2017.

Jose Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão de Polícia

Paulo Cesar da Costa

PAULO CESAR DA COSTA
Noticiante

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Paulo César de Costa, portador da carteira de identidade nº 1432486 e inscrito no CPF/MF sob o nº 789.269.20453, residente e domiciliado na Rua Conde de Seara, Cidade Compania Grande, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Compania Grande, 13 de julho de 2017

*Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IN



Eu, Paulo Cesar de Castro, portador da carteira de identidade nº 1432486 e inscrito no CPF/MF sob o nº 78926920453 residente e domiciliado na Rua Conaça de Sousa Cidade Campina Grande Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

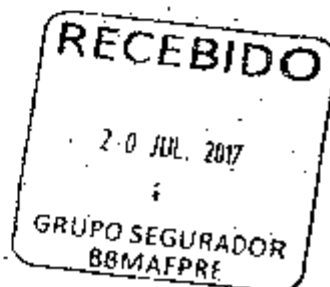
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

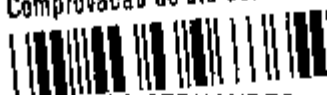
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, 13 de julho de 2017

* Local e data





Ficha de Acolhimento

Nome: Paula Maria Costa
End: R. Coração de Jesus Bairro: Velame
Data de Nascimento: 02/07/71 Documento de Identificação:
Queixa: Ac. moto Data do Atend.: 13-05-17 Hora: 21:00 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

RECEBIDO

20 JUL. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Assinatura e carimbo do profissional

2017-5-10



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (R, E) Nº: 1432355 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CUS: 09.778.216/0004-2
Av. Mar. Floriano Peixoto, 3700 - Moinhos Complexo Gamela - 78, CEP: 58432-609 Data: 13/05/2017
Boleim de Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendente: Paula Maria Gonçalves
PACIENTE: PAULO CESAR DA COSTA (P. 0400000) Nascimento: 02/07/1971
Endereço: RUA CORAÇÃO DE JESUS Sexo: M Telefone: 88378751
Cidade: Campo Grande Idade: 45 Bairro: VELAME
Nome do Mãe: MARIA DO CARMO BOCHA Costa de 96
Responsável: IGOR TILIANI - FILHO CPF: 78976970653 Profissão: MECANICO
Endereço: Rua Chelvinópolis Data de CNB: 702002372541-04
Móvel: ACIDENTE DE MOTO Atend: 13/05/2017 CONVÊNIO: SUS
Nº: 21-06-04 Especialidade:
CRM:

OBS TÉCNIC

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao ídolo)



1. Abdominal
2. Antebraço
3. Braço
4. Cabeça
5. Costas
6. Dor
7. Face
8. Fêmur
9. Fratura escápula
10. Fratura fêmur
11. Fratura humero
12. Fratura rádio
13. Fratura ulna
14. Fratura tibia
15. Fratura fíbula
16. Fratura pé
17. Fratura tornozelo
18. Fratura tornozelo
19. Fratura tornozelo
20. Fratura tornozelo
21. Fratura tornozelo
22. Fratura tornozelo
23. Fratura tornozelo
24. Fratura tornozelo
25. Fratura tornozelo
26. Fratura tornozelo
27. Fratura tornozelo
28. Fratura tornozelo
29. Fratura tornozelo
30. Fratura tornozelo
31. Fratura tornozelo
32. Fratura tornozelo
33. Fratura tornozelo
34. Fratura tornozelo
35. Fratura tornozelo
36. Fratura tornozelo

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada: _____ Grau: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

HCO-Polm Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS GERAIS
Paula Maria Costa
Moto casa Mãe
ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS: () Fotomaculadas () Isotéricas () Anisocóricas ()
GRASPON: PA: HGT: Sinais:
EXAMES SOLICITADOS:
() Hemograma () Ultrassomografia
() Gasometria arterial () Radiografias
() Hemograma Computadorizado ()
SOLICITAÇÃO DE EXAME MÉDICO:
Especialista: Ortopedia Data: 13.05.17
Especialista: BMF Data: 13.05.17
MÉDICO SOLICITANTE:
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Nº: _____ PRSCRIÇÕES E CONDUTAS: _____ HORÁRIO REALIZADO:
1. Exames de urgência 2. Exames de urgência
2. Exames de urgência 3. Exames de urgência
3. Exames de urgência 4. Exames de urgência
4. Exames de urgência 5. Exames de urgência
5. Exames de urgência 6. Exames de urgência
6. Exames de urgência 7. Exames de urgência
7. Exames de urgência 8. Exames de urgência
8. Exames de urgência 9. Exames de urgência
9. Exames de urgência 10. Exames de urgência
10. Exames de urgência 11. Exames de urgência
11. Exames de urgência 12. Exames de urgência
12. Exames de urgência 13. Exames de urgência
13. Exames de urgência 14. Exames de urgência
14. Exames de urgência 15. Exames de urgência
15. Exames de urgência 16. Exames de urgência
16. Exames de urgência 17. Exames de urgência
17. Exames de urgência 18. Exames de urgência
18. Exames de urgência 19. Exames de urgência
19. Exames de urgência 20. Exames de urgência
20. Exames de urgência 21. Exames de urgência
21. Exames de urgência 22. Exames de urgência
22. Exames de urgência 23. Exames de urgência
23. Exames de urgência 24. Exames de urgência
24. Exames de urgência 25. Exames de urgência
25. Exames de urgência 26. Exames de urgência
26. Exames de urgência 27. Exames de urgência
27. Exames de urgência 28. Exames de urgência
28. Exames de urgência 29. Exames de urgência
29. Exames de urgência 30. Exames de urgência
30. Exames de urgência 31. Exames de urgência
31. Exames de urgência 32. Exames de urgência
32. Exames de urgência 33. Exames de urgência
33. Exames de urgência 34. Exames de urgência
34. Exames de urgência 35. Exames de urgência
35. Exames de urgência 36. Exames de urgência
36. Exames de urgência 37. Exames de urgência
37. Exames de urgência 38. Exames de urgência
38. Exames de urgência 39. Exames de urgência
39. Exames de urgência 40. Exames de urgência
40. Exames de urgência 41. Exames de urgência
41. Exames de urgência 42. Exames de urgência
42. Exames de urgência 43. Exames de urgência
43. Exames de urgência 44. Exames de urgência
44. Exames de urgência 45. Exames de urgência
45. Exames de urgência 46. Exames de urgência
46. Exames de urgência 47. Exames de urgência
47. Exames de urgência 48. Exames de urgência
48. Exames de urgência 49. Exames de urgência
49. Exames de urgência 50. Exames de urgência
50. Exames de urgência 51. Exames de urgência
51. Exames de urgência 52. Exames de urgência
52. Exames de urgência 53. Exames de urgência
53. Exames de urgência 54. Exames de urgência
54. Exames de urgência 55. Exames de urgência
55. Exames de urgência 56. Exames de urgência
56. Exames de urgência 57. Exames de urgência
57. Exames de urgência 58. Exames de urgência
58. Exames de urgência 59. Exames de urgência
59. Exames de urgência 60. Exames de urgência
60. Exames de urgência 61. Exames de urgência
61. Exames de urgência 62. Exames de urgência
62. Exames de urgência 63. Exames de urgência
63. Exames de urgência 64. Exames de urgência
64. Exames de urgência 65. Exames de urgência
65. Exames de urgência 66. Exames de urgência
66. Exames de urgência 67. Exames de urgência
67. Exames de urgência 68. Exames de urgência
68. Exames de urgência 69. Exames de urgência
69. Exames de urgência 70. Exames de urgência
70. Exames de urgência 71. Exames de urgência
71. Exames de urgência 72. Exames de urgência
72. Exames de urgência 73. Exames de urgência
73. Exames de urgência 74. Exames de urgência
74. Exames de urgência 75. Exames de urgência
75. Exames de urgência 76. Exames de urgência
76. Exames de urgência 77. Exames de urgência
77. Exames de urgência 78. Exames de urgência
78. Exames de urgência 79. Exames de urgência
79. Exames de urgência 80. Exames de urgência
80. Exames de urgência 81. Exames de urgência
81. Exames de urgência 82. Exames de urgência
82. Exames de urgência 83. Exames de urgência
83. Exames de urgência 84. Exames de urgência
84. Exames de urgência 85. Exames de urgência
85. Exames de urgência 86. Exames de urgência
86. Exames de urgência 87. Exames de urgência
87. Exames de urgência 88. Exames de urgência
88. Exames de urgência 89. Exames de urgência
89. Exames de urgência 90. Exames de urgência
90. Exames de urgência 91. Exames de urgência
91. Exames de urgência 92. Exames de urgência
92. Exames de urgência 93. Exames de urgência
93. Exames de urgência 94. Exames de urgência
94. Exames de urgência 95. Exames de urgência
95. Exames de urgência 96. Exames de urgência
96. Exames de urgência 97. Exames de urgência
97. Exames de urgência 98. Exames de urgência
98. Exames de urgência 99. Exames de urgência
99. Exames de urgência 100. Exames de urgência
100. Exames de urgência

RAIO X
REALIZADO EM:
13/05/17

Polítrona

Assinatura e carimbo do médico: Paula Maria Costa
4465

EXAM 5 SECURITY / PRECISE MATHS

[illegible]

DISTRIBUIÇÃO DO PACIENTE _____

1. Nome do cirurgião _____

2. Instituição (hospital) _____

3. Experiência a serem SETOR ou HOSPITAL _____

4. Nome do assistente _____

5. Nome do observador _____

Assinatura do paciente ou responsável quando necessário

ENTRÓS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMIENTO

END

10421

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0143295.g001>

34

[illegible]

2014年12月15日

~~Poirot e vittima di qualche pio uovo
buon francese ben fatto. L'altro è~~

~~Redingensia~~ ~~de~~ ~~Reding~~ ~~et~~ ~~al.~~

~~WOS, G. H. (1951) (1951) (1951)~~

(1) ~~Erproben wird es~~
 (2) ~~Verfahren wird - um~~
 (3) ~~die zu überprüfen~~
 (4) ~~Tun Bist~~

[Handwritten signature]

பெரியதே அது தோன்ற:

[illegible]

Luiz Carlos Beltrão de Costa
Ass. da partícula a ser registrada quando necessário

ՀՓՈՒՄՈՒԹՅԱՆ

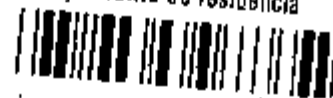
◀ 0:00

TABLE

<https://doi.org/10.1186/s13071-020-04290-1>

30

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Cesar da CostaRG nº 143 2486, data de expedição 21/03/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 7890269204-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. Coração de Jesus</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>S.D. Bonfama</u>
Cidade	<u>Campana Grande</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58417-735</u>
Telefone de Contato	<u>83- 33341289 / 99988-5048</u>
E-mail	<u>mauro bruno adu @gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campana Grande, 13 de julho de 2017

Assinatura do Declarante:

Paulo Cesar da Costa

RECEBIDO

20 JUL. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Politécnico Cinto, 220 - Jaqueirinho João Pessoa - PB
CEP: 58015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

11844108

REFERENCIAL

JUN/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

PAULO CESAR DA COSTA
RUA CORAÇÃO DE JESUS 96 - 00000

JO BOBBOREMA

58417-735

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.50.200.0084	0	1	0	0	0	30387861
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12B062643	29/10/2015	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
76	84	8	30	01/07/2017		
HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA	ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-W5.	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2016	4	0	PARÂMETROS	173	194	190
JAN/2017	3	0	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2017	4	0	COL. TERMOJ	178	185	185
MAR/2017	4	0	COL. TOTAIS	55	134	189
ABR/2017	4	0	COR	173	194	189
MAI/2017	3	0	CLORO			
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: MAR/2017			

DATA DA LEITURA: 01/06/2017	HORA DA LEITURA: 08:13:04		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	VL. ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	20	36,84	29,47
030-PARCELAMENTO			R\$66,31
047-JUROS DE HORA			R\$57,58
050-ACKESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$0,21
006-PARCEL. ACRES. IMPONT.			R\$3,11
			R\$31,2

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS REG. Q. DIS E COEIMS LET 12 741/17

VENCIMENTO:

16/06/2017

Total a Pagar:

R\$158,71

15 11 8 1 0
SITUAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
SITUAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO WWW.TRANSF
ARENCA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERENCIAL	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11844108	JUN/2017	15/06/2017	R\$158,71

82670000001-9 58710010821-2 18441080620-4 17000000002-7

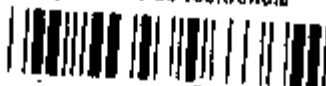
**RECEBIDO**

20 JUL. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000138 A25
Código para Pagamento Automático: 00002041543

Comprovante de residencia



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

21/06/2017

Data prevista da próxima leitura

20/07/2017

CPE/ CNPI/ RANI

Proc. Est:

Faturas em atraso

Anterior	Actual	Constante	Consumo	Días
Data	Lectura	Data	Lectura	
16/04/17	6551	21/05/17	3844	33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	93	0,42708	39,71
Adic. B. Vermelho			0,59
ICMS			14,31
PIS			0,40
COFINS			1,84

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	7,33
JUROS DE MORA 05/2017	0,10
MULTA 05/2017	1,45

Histórico de Consumo (kWh)

Mar17	114
Apr17	129
May17	134
Jun17	124
Jul17	137
Aug16	130
Sep18	128
Oct15	92
Nov18	90
Dec18	84
Jan16	78
Feb19	128

142

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	57,25	25,60	14,31
PIS	57,25	0,6592	0,40
COFINS	57,25	3,7804	1,90

VENCIMENTO
28/06/2017

TOTAL A PAGAR
RS 66.13

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-8035
CNPJ: 09.365.545/0001-76

Bel. Pedro Teixeira de Lucena

Reprodução fiel do original que não foi exibido

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 02/06/2014

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFI44363-41C8

Consulte a autenticidade em <http://www.faleabril.org.br>

RECEBIDO

20 JUL. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Cesar do CezarRG nº 143 2486 data de expedição 21 / 03 / 14 Órgão SSP/PB

CPF nº 7890269204-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Coração de Jesus</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>J.D. Bonferrima</u>
Cidade	<u>Compinha Grande</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58417-735</u>
Telefone de Contato	<u>83 - 33341289 / 99988-5048</u>
E-mail	<u>maícu bruno adu @gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Compinha Grande, 13 de julho de 2017Assinatura do Declarante: Paulo Cesar do Cezar

RECEBIDO

20 JUL. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PARÁBIA
 Rua Politélio César, 229 - Jangadeiro João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
 ATENDIMENTO 24H
 Nº MATRÍCULA

11844108

REFERÊNCIA

JUN/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

PAULO CESAR DA COSTA
 RUA CORACAO DE JESUS 96 - 00000
 JD BOBBOREMA 58411-735
 CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018 50 200 1084	0	Bronze	Prata	Ouro	Platina	80387861
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
12B062643	29/10/2015	I	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	MUL. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
76	84	8	56	01/07/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. E QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
DEZ/2016	4	0	PARAMETROS EXIG. ANSIS. CONFORMES	
JAN/2017	5	0	TURBIDEZ	178 134 190
FEV/2017	6	0	COL. TERMO	0 0 0
MAR/2017	4	0	COL. TOTAIS	178 135 185
ABR/2017	8	0	CCR	55 134 189
MAI/2017	8	0	CLORO	173 194 189
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: MAR/2017	

DATA DA LEITURA: 01/06/2017	HORA DA LEITURA: 08:13:04
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 36,84 29,47 R\$06,31
030-PARCELAMENTO	R\$57,88
047-JUROS DE MORA	R\$0,21
050-ACRESCIMOS(ES) NESCES) ANT.	R\$3,11
005-PARCEL. ACRES. IMPONT.	R\$31,2

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$9,05 DIS. E COEFINS. LET. 12 741/12

VENCIMENTO:

15/06/2017

Total a Pagar:

R\$158,71

36 11 2 10

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
 MODALIDADE DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIORES
 NAO EXISTE(M) CONTAS) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
 ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO WWW.TRANSF
 ARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11844108	JUN/2017	15/06/2017	R\$158,71

82670000001-9 58710010821-2 18441086620-4 17000000002-7

**RECEBIDO**

20 JUL. 2017

GRUPO SEGURADOR
 BBMAFPRE

Nota Fiscal / Corte de Energia Elétrica Nº000125-472
Código para P&B Lig. & Lg nº000125-472

Comprovante de residencia



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/204894-E

Jun / 2017

Apresentação

21/06/2017

**Data prevista da
próxima leitura**

20/07/2017

CPF/ CNPJ/ RAN:
 30781810000

Anterior	Actual	Constante	Constante	Días
Fecha	Fecha			
15/05/12	21/05/12	1	10	10

Faturas em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	24	0,42709	10,25
Ag. 2. Vinte e Quatro			0,50
ICMS			16,31
PIS			0,40
COFINS			1,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTABILIZAÇÃO FISCAL			7,33
JUROS DE MORA (0,07%): 7			0,10
MULTA 05/2017			1,45

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 / Centro - Fone: 3341-6095
CNPJ: 06.967.717/0001-00

CNPJ: 09.365.545/0001-76

8el. Pedro ~~Alonso~~ de Lugo

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
 é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
 Candida Grande

Bel. Pedro Oliveira de Luçon
Tabelião

Histórico de Consumo [kWh]

Mar17	214
Apr17	129
May17	154
Jun17	224
Jul17	127
Dec18	170
Nov18	128
Oct15	93
Sep18	00
Apr18	04
Jul18	83
Nov17	507

Measuring lithium: methods

	BASE DE CALCULO	ALICUOTA	VALORES
ICMS	57,24	25,00	14,31
PIS	57,25	0,6500	0,37
COFINS	57,25	3,0000	1,72

VENCIMENTO
28/06/2017

TOTALA PAGAR
RS 66,13

RECEBIDO

20 JUL 2017

GRUPO SEGURODOR
BBMAFPRF

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marco Bruno Sarmiento, portador(a) do

RG nº 243.124.33, expedido por SSP/PB, em

21 / 12 / 11, CPF/CNPJ nº 036.781.814.06

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Paulo Cesar

do Costa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Paulo Cesar de Costa, é conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Picasso

Documentos comprobatórios: OAB/PB 21472

Marco Bruno Sarmiento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ASSINATURA - PROCURADOR INTERESSADO

Documentos comprobatórios:

Procuração _____
Rua: _____ Nº: _____

1. Transmissão de Circular SUSP nº 445/12 de acordo com informações solicitadas:

Is válido _____ e conforme _____

do âmbito de PRAT da natureza _____

na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do benefício (a) _____

OPCIONAL nº _____

RG nº _____ expedido por _____ em _____

Pelo exposto, eu _____ portador(a) do _____

2. 03/08/2012
Comunicação a respeito de situações suscitadas de situações ilícitas previstas na Lei nº 8.213/96.
Ministério da Fazenda tem por finalidade disciplinar aplicação de sanções administrativas, retribuição de benefícios de previdência social, capitalização e resgate.
1. Superintendência de Seguros Privados - SUSP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resgate.

comunicação ao COAF.

confronto, por determinação da referida Circular, esta requisição é passível de
contutação não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.
A recusa em fornecer as informações e documentos requeridos neste

mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda
indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de
constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de
mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a
A Circular SUSP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no

Circular SUSP nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro
DECLARAÇÃO



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Inacio Bruno Sarmiento, portador(a) do

RG nº 213.1933, expedido por SSP/PB, em

21/12/11, CPF/CNPJ nº 03678181406

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Paulo Cesar

da Costa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

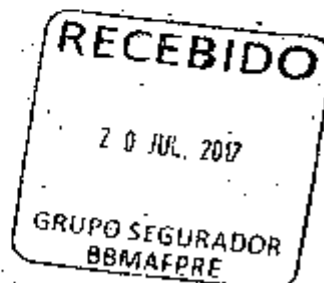
da vítima Paulo Cesar da Costa, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Pequena

Documentos comprobatórios: OAB/PB 21472

Inacio Bruno Sarmiento
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do veículo



Eu, IGOR DELANO BALBINO DA COSTA, RG de nº 3.833.490, data de expedição 25/02/2010, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 110/509/684/091, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARÁIBA, onde reside na () Rua/Avenida/Estrada/sítio) CORACÃO DE JESUS nº 96, Bairro Presidente Médici, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paulo Cesar da Costa, cujo o condutor era Paulo Cesar da Costa.

Veículo Honda Pop 110i

Modelo 2017

Ano 2016

Placa QFU - 6586

Chassi 9C2JB01004R214795

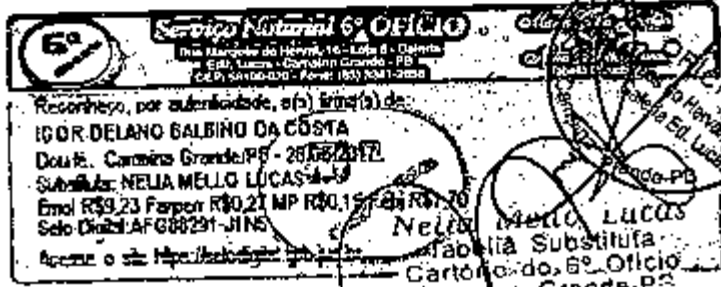
Data do Acidente 13/05/2017

Local e Data Campina Grande, 28 de junho de 2017



x Igor Delano Balbino da Costa
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Paulo Cesar da Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do ve



Eu, IGOR DELANO BALBINO DA COSTA, RG de nº 3.833.490, data de expedição 25/03/2010, Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 110 / 509 / 684 / 09, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARÁIBA, onde reside na CORRUA DE JESUS, nº 96, Rua/Avenida/Estrada/sítio) Bairro PRINCÍPIO MÉDICO, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima PAULO CESAR DA COSTA, cujo o condutor era PAULO CESAR DA COSTA.

Veículo HONDA POP 110i

Modelo 2017

Ano 2016

Placa QFU - 6586

Chassi 9C2JB0100HR214795

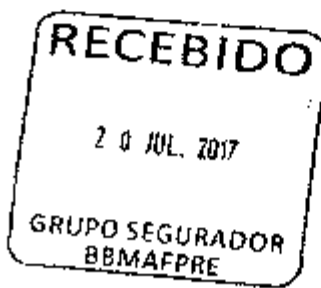
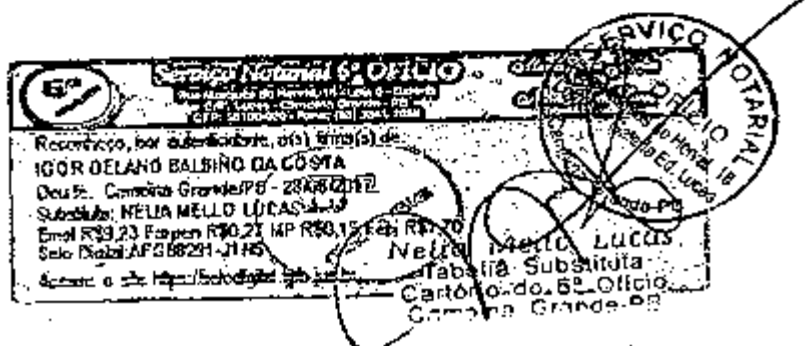
Data do Acidente 13/05/2017

Local e Data Campina Grande, 28 de junho de 2017



x Igor Delano Balbino da Costa
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Paulo Cesar da Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Ex. 0501 da Jernar (5)

445

fx onos da leve (E)

Paciente	Alimentação	Leito	Convênio
14105	32		
Data	Prescrição Médica	História	Evolução Médica
14/05	1. Dieta livre 2. SRL 350ml CV/Zen 3. Dexametazona 0,2mg + AD EV 08/09h 4. Yohimil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramadol 100mg + 100ml SF DURA EV 8/h SN 7. Malsurelon 0,5 FA + AD EV 8/h SN 8. Clonidina 40mg SC/du 9. SSVV - CERG Xarapinha wgw Tache	ATT LO ATT ATT ATT ATT	Pt em REC extenal Exame 2/14+ bar ⊕ Cd: VPMU

RECEBIDO

20 JUL 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E SELECÇÃO DE CA

[illegible]

LETT 10-2

[illegible][illegible]



TABELA DE ALDRETE E KROUJIK MODIFICADA
(Critérios para alta da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Minimum Movimento = 0		
Movimento 2 membros = 1		
Movimento 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tísica = 2		
PA + OU - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + OU - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + OU - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUEGG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
RONI LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA Raulo Egan da Costa

DATA 05/11/2017 HORA 14:30 LOCAL 23070 NOME DO PACIENTE Raulo Egan da Costa

SEXO M IDADE 30 ANOS NÚMERO DO PACIENTE 23070

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DR. Raulo Egan da Costa

P = Outbreak 10/1

RECEBIDO
20 JUL. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

7 0 JUL. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Diagnóstico

OSSOS DA PERNA

LETTERS

 GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

PAULO CÉSAR DA COSTA, 45

Paciente	Alimentação	Leito	Convênio
Data Prescrição Médica 1. DITA-LIVRE 2. SFL 500 1500 MG EV P/ 24H 3. DIPHENHIDRAMINA 50 MG EV B/D 4. TRAMAL 100mg + SFL 500 100mg EV B/D 5. NAUSEODON 8mg/4ml 1FA + ABD EV B/D 5ml 6. SIMPLERAZOL 40MG + DILTIENTE 60MG EV B/D 7. KALETRA 20MG/100MG 1X/DIA 8. ATIVADO 1X/DIA 9. KANGARUA COMPOSTAS (suspensão) 10. ZINC 100MG 11. Clonazepam 0,5mg + ABD EV B/D 12. Continuar dieta	Horário 12h 14h 16h 18h 20h 22h	Evolução Médica 7- DTH #ORTOPEDIA 300. Estável Pr = Boa Evolução CD: 100% - 20%	
20/03 Ata da reunião de Características	11:00 Presença Ata da reunião de	Ata da reunião de Pr = Boa Evolução CD: 100% - 20%	



Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB CERAST

Secretaria de Saúde

Centro de Referência Regional de Reabilitação e Assistência em
Saúde do Trabalhador

Alto

Tratado para os devidos fins que o paciente
Paulo César da Costa, 46 anos recebe alta
ambulatorial nesta data citada

Deixando o paciente mobilizado, sem quadro clínico
preocupante.

Recomenda continuidade em fisioterapia
mensal em NMSI.

Campina Grande - PB, 01 / 12 / 17

~~SECRETARIA DE SAÚDE~~
~~SECRETARIA DE SAÚDE~~
~~SECRETARIA DE SAÚDE~~
Cópia e Assinatura do Profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. 2.102 de pagina 6

[illegible]

1. UNRECORDED 2. RECORDED 3. INDEXED 4. FILED 5. SEARCHED 6. SERIALIZED 7. FILED 8. INDEXED 9. FILED 10. INDEXED 11. FILED 12. INDEXED 13. FILED 14. INDEXED 15. FILED 16. INDEXED 17. FILED 18. INDEXED 19. FILED 20. INDEXED 21. FILED 22. INDEXED 23. FILED 24. INDEXED 25. FILED 26. INDEXED 27. FILED 28. INDEXED 29. FILED 30. INDEXED 31. FILED 32. INDEXED 33. FILED 34. INDEXED 35. FILED 36. INDEXED 37. FILED 38. INDEXED 39. FILED 40. INDEXED 41. FILED 42. INDEXED 43. FILED 44. INDEXED 45. FILED 46. INDEXED 47. FILED 48. INDEXED 49. FILED 50. INDEXED 51. FILED 52. INDEXED 53. FILED 54. INDEXED 55. FILED 56. INDEXED 57. FILED 58. INDEXED 59. FILED 60. INDEXED 61. FILED 62. INDEXED 63. FILED 64. INDEXED 65. FILED 66. INDEXED 67. FILED 68. INDEXED 69. FILED 70. INDEXED 71. FILED 72. INDEXED 73. FILED 74. INDEXED 75. FILED 76. INDEXED 77. FILED 78. INDEXED 79. FILED 80. INDEXED 81. FILED 82. INDEXED 83. FILED 84. INDEXED 85. FILED 86. INDEXED 87. FILED 88. INDEXED 89. FILED 90. INDEXED 91. FILED 92. INDEXED 93. FILED 94. INDEXED 95. FILED 96. INDEXED 97. FILED 98. INDEXED 99. FILED 100. INDEXED

EQUILIBRIO Y TENDENCIA AL SOLUCIO

DIAGNOSTICO

fx onos da leuc. (E)

[illegible]

RECEBIDO

2.0 JUL 1 2012

GRUPO SEGUADOR
BBMAFFRE

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO - INCA

Paciente	Paulo Cesar da Silva, 71	Alojamento	Leito	Convênio
Data	26/05/2017	26/05/2017	26/05/2017	26/05/2017
Prescrição Médica				
1. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
2. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
3. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
4. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
5. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
6. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
7. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
8. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
9. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
10. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
11. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
12. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
13. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
14. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
15. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
16. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
17. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
18. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
19. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
20. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
21. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
22. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
23. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
24. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
25. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
26. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
27. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
28. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
29. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
30. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
31. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
32. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
33. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
34. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
35. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
36. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
37. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
38. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
39. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
40. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
41. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
42. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
43. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
44. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
45. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
46. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
47. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
48. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
49. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
50. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
51. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
52. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
53. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
54. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
55. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
56. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
57. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
58. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
59. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
60. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
61. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
62. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
63. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
64. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
65. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
66. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
67. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
68. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
69. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
70. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
71. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
72. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
73. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
74. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
75. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
76. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
77. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
78. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
79. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
80. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
81. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
82. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
83. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
84. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
85. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
86. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
87. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
88. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
89. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
90. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
91. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
92. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
93. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
94. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
95. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
96. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
97. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
98. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
99. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				
100. DOR DE COSTAS EM LOMBAR				

Nome do Paciente	Paulo Cesar da Silva	Nº Promotor	
Data de Operação	26/05/2017	Leito	10-2
Operador	Dr. Alexandre	1º Auxiliar	Dr. Agnaldo
2º Auxiliar	Dr. Jefferson	3º Auxiliar	Dr. J. J. Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fibrose	26/05/2017	Dr. Agnaldo
Tipo de Operação	Ortopedia		
Diagnóstico Pós-Operatório	Ortopedia		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Atc	51/20		
Acidente Durante a Operação	Não		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. Realizada a cirurgia de artroscopia.

2. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

3. Realizada a artroscopia de joelho direito.

4. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

5. Realizada a artroscopia de joelho direito.

6. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

7. Realizada a artroscopia de joelho direito.

8. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

9. Realizada a artroscopia de joelho direito.

10. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

11. Realizada a artroscopia de joelho direito.

12. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

13. Realizada a artroscopia de joelho direito.

14. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

15. Realizada a artroscopia de joelho direito.

16. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

17. Realizada a artroscopia de joelho direito.

18. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

19. Realizada a artroscopia de joelho direito.

20. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

21. Realizada a artroscopia de joelho direito.

22. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

23. Realizada a artroscopia de joelho direito.

24. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

25. Realizada a artroscopia de joelho direito.

26. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

27. Realizada a artroscopia de joelho direito.

28. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

29. Realizada a artroscopia de joelho direito.

30. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

31. Realizada a artroscopia de joelho direito.

32. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

33. Realizada a artroscopia de joelho direito.

34. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

35. Realizada a artroscopia de joelho direito.

36. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

37. Realizada a artroscopia de joelho direito.

38. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

39. Realizada a artroscopia de joelho direito.

40. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

41. Realizada a artroscopia de joelho direito.

42. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

43. Realizada a artroscopia de joelho direito.

44. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

45. Realizada a artroscopia de joelho direito.

46. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

47. Realizada a artroscopia de joelho direito.

48. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

49. Realizada a artroscopia de joelho direito.

50. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

51. Realizada a artroscopia de joelho direito.

52. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

53. Realizada a artroscopia de joelho direito.

54. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

55. Realizada a artroscopia de joelho direito.

56. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

57. Realizada a artroscopia de joelho direito.

58. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

59. Realizada a artroscopia de joelho direito.

60. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

61. Realizada a artroscopia de joelho direito.

62. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

63. Realizada a artroscopia de joelho direito.

64. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

65. Realizada a artroscopia de joelho direito.

66. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

67. Realizada a artroscopia de joelho direito.

68. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

69. Realizada a artroscopia de joelho direito.

70. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

71. Realizada a artroscopia de joelho direito.

72. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

73. Realizada a artroscopia de joelho direito.

74. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

75. Realizada a artroscopia de joelho direito.

76. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

77. Realizada a artroscopia de joelho direito.

78. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

79. Realizada a artroscopia de joelho direito.

80. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

81. Realizada a artroscopia de joelho direito.

82. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

83. Realizada a artroscopia de joelho direito.

84. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

85. Realizada a artroscopia de joelho direito.

86. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

87. Realizada a artroscopia de joelho direito.

88. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

89. Realizada a artroscopia de joelho direito.

90. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

91. Realizada a artroscopia de joelho direito.

92. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

93. Realizada a artroscopia de joelho direito.

94. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

95. Realizada a artroscopia de joelho direito.

96. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

97. Realizada a artroscopia de joelho direito.

98. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

99. Realizada a artroscopia de joelho direito.

100. Realizada a artroscopia de joelho esquerdo.

GOVERNO DO ESTADO DE SAÚDE	SECRETARIA DE SAÚDE
DA PARAIBA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
RECEBIDO	
20 JUL 2017	
GRUPO SEGURO	
BBMAPPRE	

	Nota escrita	Nota soma
Crédito por não ter sido recuperado pelo anestésico Mentem $\text{Mendacium} = 0$ Morimem 2 mentix = 1 Morimem 2 mentix = 2 Admêa = 0 Resolução l. imêdo. Diagnôa = 1 Resolução problema a tessu = 2 PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 25 a 45% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 Sat O₂ $\leq$ 50 com oxigênio = 0 Sat O₂ $>$ 50 com oxigênio = 1 Sat O₂ $>$ 82% sem oxigênio = 2 Não resposta ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Conselmente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

RECEBIDO
20 JUL. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

HUECC

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

PARANÁ - C/OSANHA - JERARQUIAS

FOLHA DE ANAMNESE Nome: <u>Paulo Rizzo da Silva</u> Data: <u>05/11/70</u> Idade: <u>30</u> Sexo: <u>M</u> Profissão: <u>Engenheiro</u> Endereço: <u>Av. ...</u>				Idade: <u>30</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>30</u> Sexo: <u>M</u>
Relato da doença: <u>...</u>				
Exatidão da dor: <u>...</u>				
Localização da dor: <u>...</u>				
Características da dor: <u>...</u>				
Antecedentes: <u>...</u>				
Exatidão da dor: <u>...</u>				
Localização da dor: <u>...</u>				
Características da dor: <u>...</u>				
Antecedentes: <u>...</u>				

9 = Answer - 2013

RECEBIDO
70 JUL. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GOMES FERREIRA

OSSOS DA PERNÁ

ÓSSOS DA PERNÁ

LEITONCEZ

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO: DICA

PAULO CESAR DA COSTA, 45

END

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: PAULO CESAR DA COSTA
 DOCUMENTO / IDENTIFICADOR: 1432486
 CID: 330
 UF: PS
 CN: 789.269.204-53
 DATA NASCIMENTO: 02/07/1971
 FUNÇÃO: JOSÉ CASADO DA COSTA
 MARIA DO CARMO ROCHA COSTA
 ENDEREÇO: [REDACTED]
 CEP: 00415233427
 DATA: 10/03/2013
 DATA: 22/08/1996

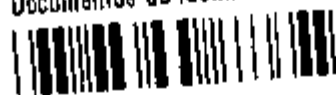
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 894368741

PUBLICO PLASTIFICADO
 894368741

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB
 DATA: 21/03/2014
 Assinatura: [Assinatura]
 69051553160
 69028292600

SECRETARIA DE HABITAÇÃO
 SECRETARIA DE HABITAÇÃO

Documentos de identificação



RECEBIDO

20 JUL, 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Documentos de identificação



SELO DIGITAL: AF144766-7036

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Merval, 53 - Centro - Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.745/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

280617

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

INSTRUMENTO PÚBLICO Nº 11.111.111.111
DE 28/06/2017


IMACINTO BRUNO SARMIENTO
PROCURADOR DO PÓRTO


CAB



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
INSTRUMENTO DE ADOCAÇÃO

IMACINTO BRUNO SARMIENTO
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA ALEXANDRA SARMIENTO
OLHO D'ÁGUA-PB

21472

21/06/2017

21/06/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 SECRETARIA NACIONAL DE TRAFEGO

Nome: **PAULO CESAR DA COSTA**

RG: **1132486** - UF: **PR**

CPF: **789.369.204-53** - Data de Nascimento: **02/07/1971**

Função: **JOSE CARLOS DA COSTA**
MARIA DO CARMO ROSA COSTA

Estado: **PR** - Sexo: **M** - Cor: **AD**

Identificação: **00415233427** - Data de Emissão: **19/03/2014** - Data de Validade: **22/08/1996**

Assinatura: *Paulo Cesar da Costa*

Local: **CARACARA, GRANDE, PR** - Data de Emissão: **21/03/2014**

Assinatura: *Roberto Carneiro* - CPF: **63091563160** - RG: **00028292600**

SECRETARIA NACIONAL DE TRAFEGO

Documentos de identificação



RECEBIDO

20 JUL 2017

GRUPO SEGUADOR
 BBMAFPRE

Documentos de identificação



SELO DIGITAL: AF146766-7036
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.ajpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herói, 53 - Centro-Fina: 3314.6035
CNPJ: 09.365.145/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
CNPJ: 09.365.145/0001-76
Este é o original e a cópia autenticada
da Reprodução do Original que me foi exibido
Campina Grande **28-06-17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Talhado

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

AMARO GOMES SAMUELS
PROCURADOR DO PARANÁ

GAB

12768720

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINEIS LEGAIS
AUT. 12768720 - 12768720

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ABOGADO

FRANCISCO BAUM E SILVA
MARIA ADILIAIDORA SAMUELTO
OUTRO DAVIA-PS
12768720 - 12768720
12768720 - 12768720
12768720 - 12768720

RECEBIDO
20 JUL 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

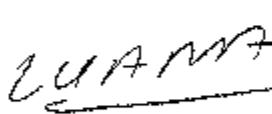
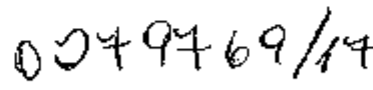


CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



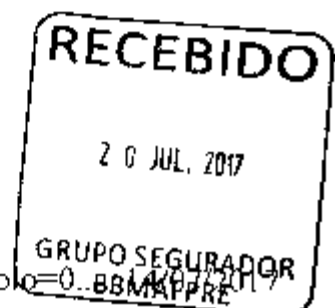
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidoz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO		Nome da Vítima PAULO CESAR DA COSTA	CPF da Vítima 78926920453
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doc tos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML  	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	
		 0124017	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Examinar Ajuda

Sinasp Seguros - Bem V... Sinasp Infoseg

http://infoseg.sinasp.gov.br/infomsg/infomsg63967/pla.html

Logon - Sinasp Seguros... Tratamento SPP SPP - Sistema de Proc...

Sinasp
Infoseg

Pesquisar

QF6558

☒ Todas as bases ☒

QF6558 (1)

☒ PLACA QF6558

☒ RENAVAM

Placa
QF6558

Dados do Veículo

☒ Adicionar detalhes à Relatório

Município Emprego	Marca/Modelo	Cor
CAMPINA GRANDE - PB	HONDA/PCX 110 120 10/2017	VERMELHA
Situação do Veículo	Classi	Renavam
CIRCULACAO	SC2,50 100H12 14295	01106949 195
Nome Proprietário	CPF/CNPJ do Proprietário	Tipo do Veículo
IGOR BELIND BALBINO DA COSTA	11050958408	MOTOCICLETA
Espeção do Veículo	Categoria do Veículo	Combustível
PASSAGEIRO	PARTEICULAR	GASOLINA
Capacidade de Passageiros	Quantidade de Eixos	Indicador de Roshel/Ente
2	N/I	Não
Indicador de Alarme	Capacidade de Carga do Veículo	Capacidade de Baço do Veículo
Não	N/I	N/I
Peso Bruto do Veículo	Carroceria	Potência do Veículo
0,2t	N/I	0
Câmbio	Motor	Cilindrades
N/I	180 EOH2 14910	107

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA - AUT

15-10 24/07/2017





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Quilros



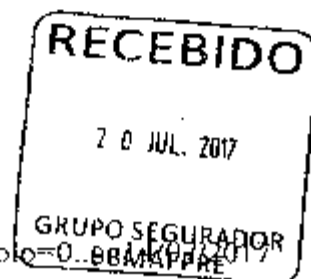
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO		Nome da Vítima PAULO CESAR DA COSTA	CPF da Vítima 78926920453
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert. de Nasc. / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete do Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert. de Nasc. / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef. ou no caso de seus Rep. Legais ☐ Proc. Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração do Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz. Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML LUAMT 0079769/17	
		DAMS ☒ Declaração de Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert. de Nasc. / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert. de Nasc. / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef. ou no caso de seus Rep. Legais
- DUT ou Bilhete do Seguro envolver Ônibus
- Proc. Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



Processo 3170398731 devido vítima em tratamento, recebemos a alta médica e recadastramos o processo para nova análise.

1. Motivo para a alteração: ☐ Alteração de dados cadastrais ☒ Alteração de situação de dependência ☐ Alteração de natureza do sinistro

Natureza do Sinistro: ☒ Sinistro Referência

Nome: Vítima: PAULO CESAR DA COSTA

Idade: Data de nascimento: 02/07/1971

CPF: 789.389.204-53

Data do sinistro: 13/05/2017

Número do Sinistro: 3170398731 Sequência: 001

Dependência: 624

Natureza: Invalidez Parcial

Código de Regulação: Cancelado

Existe o sinistro referenciado, anteriormente regulado. Deseja prosseguir com o cadastramento?

☒ Sim ☐ Não

☐ Cancelar ☒ Gerar

Atenciosamente,

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A.
Gorência de Sinistros Judiciais Auto

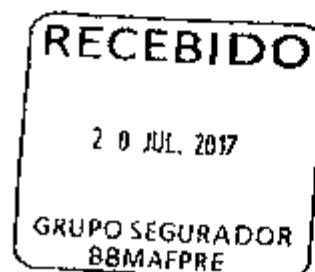


Sineap Seguros - Rens... Sineap Indus...
 https://infoseg.sineap.com.br/infoseg/BuscaVeiculo.aspx
 Sineap - Grupo Seguros... Tichemanto SP... Sineap - Sistema de Proc...

Sineap
Infoseg
Pesquisar
 ofu5505
 Todas as bases
 ofu5505 (1)
 PLACA OFU5505
 RENAVALI
 Placa
 OFU5505

Detalhes do Veículo
 Adicionar detalhes e Relato

Município Emprego	Município/Estado	Cm
CAMPINA GRANDE-PE	140804100 11012016/2017	VERMELHO
Situação do Veículo	Eligível	Renovam
EXCLUIDADO	0627801001012 14796	01/05/2015
Nome Proprietário	CNPJ/CNPJ do Proprietário	Tipo do Veículo
EDR DE LINDO BARRO DA COSTA	11050758402	MOTOCICLETA
Espécie do Veículo	Categoria do Veículo	Combustível
PASSEIRO	PARTEICULAR	GASOLINA
Capacidade de Passageiros	Quantidade de Eixos	Indicador de Reboque
2	N/A	Não
Indicador de Abitaculo	Capacidade de Carga do Veículo	Capacidade de Tração do Veículo
Não	N/A	N/A
Peso Bruto do Veículo	Carroceria	Anterior do Veículo
0.24	N/A	0
Câmbio	Motor	Cilindros
N/A	1.80TECH 1.80	100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170645134 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DA COSTA **Data do acidente:** 13/05/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170645134 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DA COSTA **Data do acidente:** 13/05/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: fratura dos ossos da perna esquerda

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do membro inferior esquerdo

Resultados terapêuticos: paciente chega deambulando sem claudicação, operado há 7 meses e já de alta. apresenta leve limitação para flexão total do joelho esquerdo, e pequeno encurtamento de aproximadamente 1cm em relação ao contralateral

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170645134 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DA COSTA **Data do acidente:** 13/05/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: fratura dos ossos da perna esquerda

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional residual do membro inferior esquerdo

Resultados terapêuticos: paciente chega deambulando sem claudicação, operado há 7 meses e já de alta. apresenta leve limitação para flexão total do joelho esquerdo, e pequeno encurtamento de aproximadamente 1cm em relação ao contralateral

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

OUTORGANTE: PAULO CESAR DA COSTA brasileiro(a),
estado civil VIVO, inscrito no CPF de nº 78912691204153, e no RG
de nº 7.432486, residente e domiciliado a
Rua: CORAÇÃO DE JESUS, nº 96, Bairro
PRESIDENTE MEDICI, na Cidade de CAMPINA GRANDE Estado
PARAIBA, CEP 58477735.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e domiciliado na Rua Antônio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongo, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Paulo Cesar de Costa, ocorrido em 13 / 05 / 2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 03 de Julho de 2017

RECONHECO
A FIRMA

Pablo Escobar Castro

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

[illegible]

RECEBIDO
20 JUL. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Procuração



OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e domiciliado na Rua Antônio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongo, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Paulo Cesar de Costa ocorrido em 13.05.2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço; assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 03 de Julho de 2017

RECONHECO
A FIRMA

Paula Brenda Costa

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

08
 CENTRO DE SERVIÇOS DE TRÂNSITO URBANO DO DISTRITO DE SÃO JOÃO DO RIO PRETO
 Rua São Sebastião, s/nº - Centro - CEP 13.030-000 - Fone: (065) 331-1111 - Telefax: (065) 331-1111
 e-mail: centro@transito.sp.gov.br - Site: www.transito.sp.gov.br
 09
 Recibo de solicitação de RENOVACAO DE LICENÇA DE CONDUTORA DA CATEGORIA
PAULO CESAR DA COSTA
 Sexo ☐ M ☒ F Data de Nascimento 20/03/1977 Nacionalidade BRASILEIRA
 Causa da Grande Perda ---
 Situação da Licença AFI 102 2019 Tipo ---
 Situação da Licença ---
 Situação da Licença ---
 Solicite a renovação de sua licença em qualquer agência de trânsito.

Rodrigo Freire Costa
CECILIA REGISTADORA
CANTINHO EREMA GARDENS
1 DIAS S-14-04 da 140p.

