
Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180456945**

Vítima: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Data do Acidente: **06/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180456945**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

238117304-87

Nome completo da vítima

Fabio Fernandes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Fabio Fernandes da Silva

CPF titular da conta

238117304-87

Profissão

Eletricista

Endereço

Rua Honorato Silva

Número

200

Complemento

Bairro

Alto do Mateus

Cidade

João Pessoa

Estado

PB

CEP

58090-221

Telefone (DDD)

(83) 98898-2639

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Caixa Econômica

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

0036

D/V

CONTA

NRO.

32935

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 06 de agosto de 2018
Local e Data

Fabio Fernandes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

238117304-87

Nome completo da vítima

Fabio Fernandes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Fabio Fernandes da Silva

CPF titular da conta

238117304-87

Profissão

Eletricista

Endereço

Rua Honorato Silva

Número

200

Complemento

Bairro

Alto do Mateus

Cidade

João Pessoa

Estado

PB

CEP

58090-221

Telefone (DDD)

(83) 98898-2639

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Caixa Econômica

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

0036

D/V

CONTA

Nº

32935

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 06 de agosto de 2018
Local e Data

Fabio Fernandes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01709.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01709.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:26 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio Fernandes da Silva**, CPF nº 238.117.304-87, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Maria da Penha Fernandes da Silva e Adarizo Deolindo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/05/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Honorato Silva, Nº 200, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Depósito do Neto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-7403.

Dados do(s) Fatos:

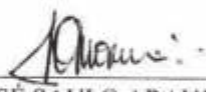
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

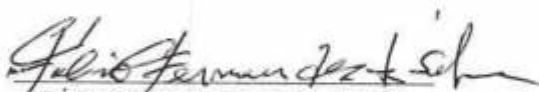
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

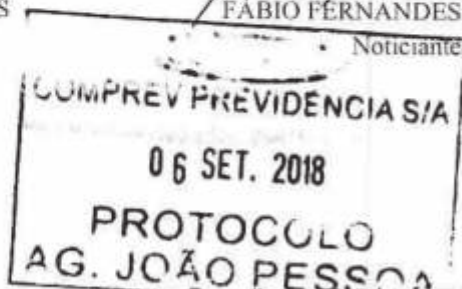
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP-0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em sua mão na faixa da esquerda quando tentou ultrapassar pela direita um veículo renault de cor prata, não sabendo especificar a placa do mesmo nem o condutor pois este evadiu-se do local; QUE segundo o notificante este mudou de faixa sem ter a devida atenção e colidiu com o notificante jogando o mesmo ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1151/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 27.0*.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FÁBIO FERNANDES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01709.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01709.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01709.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:26 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio Fernandes da Silva**, CPF nº 238.117.304-87, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Maria da Penha Fernandes da Silva e Adarizo Deolindo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/05/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Honorato Silva, Nº 200, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Depósito do Neto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-7403.

Dados do(s) Fatos:

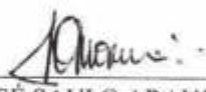
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

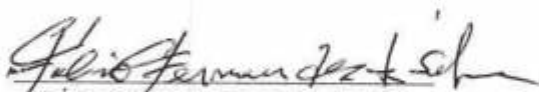
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

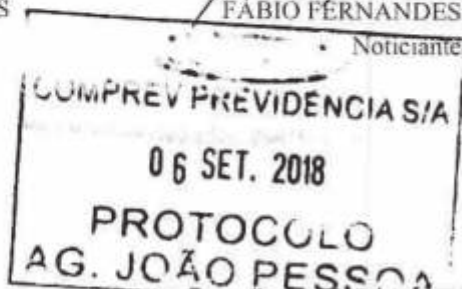
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP-0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em sua mão na faixa da esquerda quando tentou ultrapassar pela direita um veículo renault de cor prata, não sabendo especificar a placa do mesmo nem o condutor pois este evadiu-se do local; QUE segundo o notificante este mudou de faixa sem ter a devida atenção e colidiu com o notificante jogando o mesmo ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1151/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 27.0*.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FÁBIO FERNANDES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01709.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fabio Fernandes de Silva

CPF da Vítima

238 117 304-87

Data do Acidente

06/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

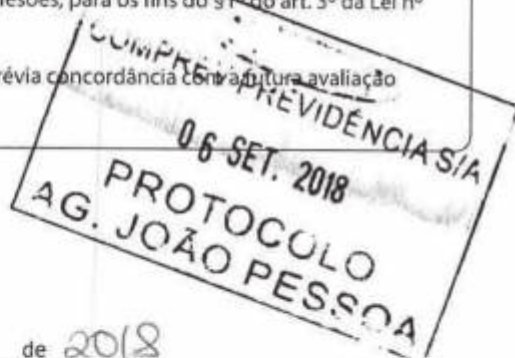
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a 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 perícia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 06 de agosto de 2018

Local e Data

Fabio Fernandes de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO

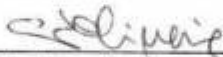
Nº. 1151/2018

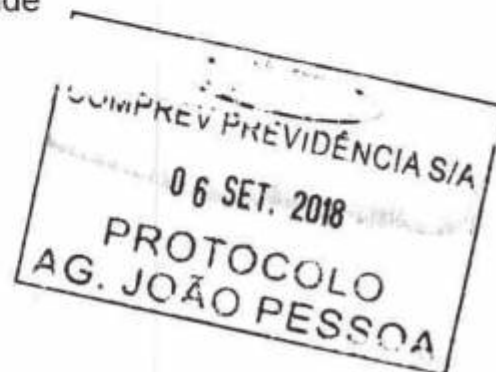
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que foi atendido dia 06/04/2018 às 09H18min, vítima de colisão carro x moto, apresentado trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º, 3º e 4º metatarsos esquerdo. Realizado imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117615 Atd: Nao Regul
Data: 06/04/2018
Hora: 09:18:11
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.000829

CNS: 700407445046047 Sexo: M IDENTIDADE: 729126 Fone: 987808403

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/05/1961 Id: 56 ano(s)

End.: RUA HONORATO SILVA (LOT STA TEREZINHA), 200

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

Pai: ADARIZO DEOLINDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA BOBINADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO FERNANDES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987808403 / IDENTIDADE: 729126

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL. CARROXOTO AS 8:40 NA VIA OESTE

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 120 X 80

FR: 17

FC: 61

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

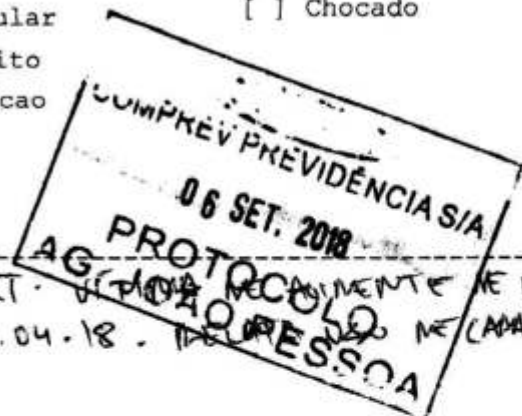
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. NECA VEMTOS.

APRESENTA LESÃO EM LANTANAR ESQUERDO.

Diagnostico

Conduca

RX PÉ, PERNA E TORNOZELO.
CL. AV. ORTOPEDISTA.

Prescrição

Horario da medicacao

RX 25.4 MTE.

Cl. Fala Boa

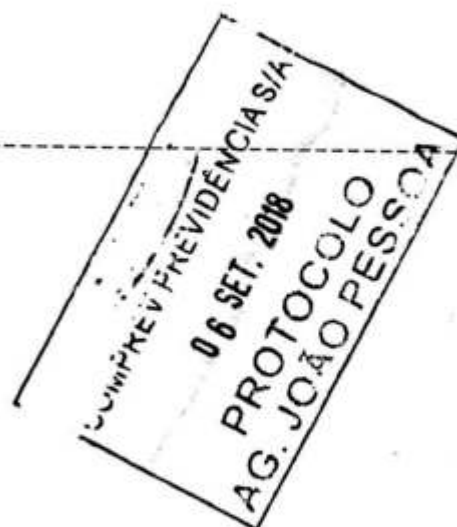
+ Anestesia com Novumbe

Dr. Adriano Dias Araújo
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM-PB 5699

Dr. Waldemar Corvello Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM-PB 1592

06 ABR. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Flávia Ferreira da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4

030106010-0

FABIO FERNANDES DA SILVA
RUA HONORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS
JOAO PESSOA / PB CEP: 55090-221 (AQ. 1)

Emprego: 17/09/2018 Referência: Ago/2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B 230V/1-25 - Grão Resistor - João Pessoa/PB - CEP 55071-600
Relatório: 9-1-192-323 Nº medidor: 00200917683



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
RUA DO COMÉRCIO, 100 - Centro - João Pessoa/PB - CEP 55071-600
CNPJ nº 20.545.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.0220

Nota Fiscal nº 004 de Energia Elétrica nº 111 120 520
Cod. para Débito Automático: 00010703213

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2018 17/08/2018 17/09/2018 238.117.304-87
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/07/18	7345	17/08/18	7411		66	32
Demonstrativo						
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0801 Consumo de 30 kWh-BR		30,000	0,245840	7,37	7,37	25
0804 Consumo - 31 a 100 kWh-BR		36,000	0,421810	15,17	15,17	25
0801 Ago. B. Verificação				0,00	0,00	25
0800 Subsidio		27,27	27,27	25	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRA SERVIÇO PÚBLICA				0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2018				0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 07/2018				0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018				0,00	0,00	0,00
0808 Devolução Subsidio				-15,90	0,00	0,00
TOTAL				26,64	22,54	13,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 26,64 22,54 13,00 52,18 0,56 2,80

Média últimos meses (kWh) 34 **VENCIMENTO 24/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 35,61**

Histórico de Consumo (kWh)											
05	11	03	04	04	12	40	13	00	00	00	00
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO 61b7-6fd4-7fbd-1e2d-4f04-564d-4981-0829. 06 SET. 2018

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC TENSÃO	9,91	NOMINAL	220
DC TENSÃO	10,00		
DC TENSÃO	9,95	CONTRATADA	332
DC TENSÃO	9,97		
DC TENSÃO	12,95	LIMITE SUPERIOR	331
DC TENSÃO	12,97		
DC TENSÃO	12,95		
DC TENSÃO	12,97		
Total		35,61	100,00

ATENÇÃO Faturas em atraso

Brigssat 17/09/2016 Referencia Agg/2015
Classe/Subcl. RESIDENCIAL / BARRA RENDA MODERADA
Folha 9 - 1 - 192 - 220 Nº medidor 00000817883



ENERGIA PARA VÓS. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cx. Postal 100 - J. de Passos/PE - CEP 55071-600
(0800) 325 145/000-40 - Web Site: 10.015.0020

Feito em 2009, Centro de Energia Eletrotécnica nº 111, 120-521
Cód. para Dab. Automático: 000103803213

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	17/08/2018	17/09/2018	238.117.304-87 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435, de 28 de abril de 2002.

	Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
	Leitura	Data	Leitura							
Data	15/07/18	7346	17/08/18	7611		1	98		32	
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Valor Total			Valor Base Calc. IRPJ	Valor Base Calc. Fc(R\$)	Outros(R\$)	Outros(R\$)		
		Tributos Totais(R\$)			ICMS(R\$)	ICMS	Parcelas(R\$)	(1/04/18)	(4/09/18)	
0801	Consumo de 30kWh-BR	32,300	0,245840	7,37	7,37	25	1,94	7,37	0,69	0,37
0804	Consumo - 31 e 100kWh-BR	36,300	0,421810	15,17	15,17	25	3,79	15,17	0,75	0,75
0801	Aq.B.Vermelho			-3,32	-3,32	25	-0,86	-3,32	0,32	0,11
08 0	Subsídio			27,27	27,27	25	6,82	27,27	0,23	1,26
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRA-SERVILUM PUBLICA			0,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORATÓRIO			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA			0,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-16,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL			29,81	\$2,12	13,03	\$2,19	0,66	2,80

CCI - Código de Classificação do Item	TOTAL	24.81	52.12	13.03	52.12	0.56	2.87
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
24/08/2018

TOTAL A PAGAR
RS.35.61

Histórico de Consumo (kWh)

Historico de Consumo (kg/m ³)							
65	71	83	94	94	172	40	121
Jan17	Jan17	Jan17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18

RESERVED b6b7:6fd4.7fbd.1e2d.4f04.564d.4981.0829

06 SET. 2018

PROTOCOL

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIAMETRO	2,5	2,5	NOMINAL	22
DEFORMAÇÃO	19,2			
DEFORMAÇÃO	7,2	7,70	CONTRATADA	
FLUXIONAMENTO	5,47		LIMITE INFERIOR	27
FLUXIONAMENTO	12,94		LIMITE SUPERIOR	23
FLUXIONAMENTO	4,77	0,00		
FLUXIONAMENTO	12,20			
FLUXIONAMENTO	12,20			

Descrição	Valor	%
Salário de Base	100,00	100,00
Salário de Família	10,00	10,00
Salário de Função	10,00	10,00
Salário de Representação	10,00	10,00
Salário de Sinalização	10,00	10,00
Salário de Segurança	10,00	10,00
Salário de Serviço	10,00	10,00
Total	35,61	100,00

Visit www.elsevier.com/locate/jrbs

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Flávia Fernandes da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4

030106010-0

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117615 Atd: Nao Regul
Data: 06/04/2018
Hora: 09:18:11
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.000829

CNS: 700407445046047 Sexo: M IDENTIDADE: 729126 Fone: 987808403

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/05/1961 Id: 56 ano(s)

End.: RUA HONORATO SILVA (LOT STA TEREZINHA), 200

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

Pai: ADARIZO DEOLINDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA BOBINADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO FERNANDES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987808403 / IDENTIDADE: 729126

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.CARROXOTO AS 8:40 NA VIA OESTE

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 120 X 80

FR: 17

FC: 61

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

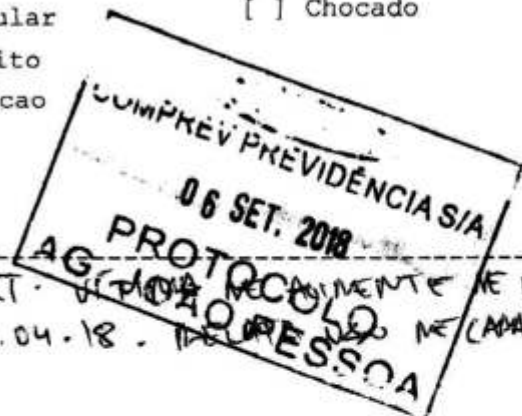
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. NECA VEMTOS. APRESENTA LESÃO EM LANTANAR ESQUERDO.

DET. VITIMA RECAIMENTE DE MO NE CADELE

Diagnostico

Conduca

RX PE, PERNA E TORNOZELO. CL. AV. DETOPOMETA.

Prescrição

Horario da medicacao

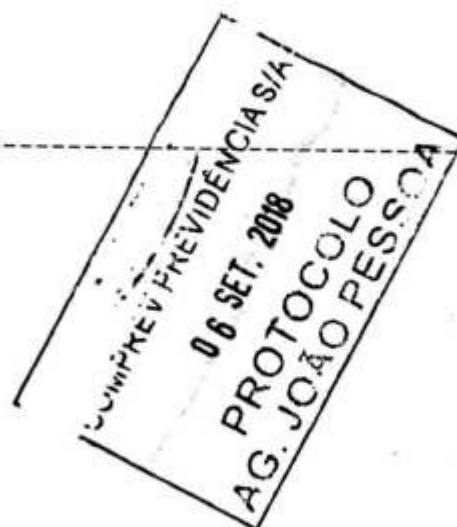
RX 25.4 MTE. Cl. Tula Bata + Anestesia com Novumbe

Dr. Adriano Dias Araújo
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM-PB 5699

Dr. Valdeir Corvelho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM-PB 1592

06 ABR. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Flávia Ferreira da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4

030106010-0

CERTIDÃO

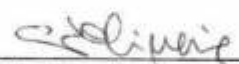
Nº. 1151/2018

Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que foi atendido dia 06/04/2018 às 09H18min, vítima de colisão carro x moto, apresentado trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º, 3º e 4º metatarsos esquerdo. Realizado imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA CDD RENAVAM-PR-20170600241149550000
1 0110378550-5 00/00000000 2017

FABIO FERNANDES DA SILVA

23811730487 QEP0866/PB

NOVO PB 9C2KC2210HR006103

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL

HONDA/CG 160 TITAN EX 2016 2017

CATEGORIA 2 P/162 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENIC: COTA UNICA 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 JOF (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 05/07/2017

PREMIO TOTAL (R\$) 0 PARCELAMENTO / COTIS 3*

PREMIO TOTAL (R\$) 0 JOF (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 05/07/2017

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA+PB 0

42072 05/07/2017 761

PB Nº 013221277465 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 05/07/2017

VIA 1 CNPJ 23811730487 PLACA QEP0866/PB

RENAVAM 01103785505 HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB 2016 92CKC2210HR006103

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

IDE (R\$) SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

PARCELADO 05/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.343.608/0001-04

761-1506364-20170705

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO

Eu, Fábio Fernando de Sousa, Portador
do CPF 238117304-87 e Simples 3180
411838, solicito uma Reanálise do meu
Processo pois de acordo com a certi-
fica do Hospital, Tire Fratura do
2º, 3º, 4º Metatarso esquerdo,
Pego que seja Revalidado o meu processo.

Jornal Pessan, 27 de Agosto 2018

Fábio Fernando de Sousa.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456945 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º E 4º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326787/18

Número do Sinistro: 3180411838

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/09/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

FABIO FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326787/18

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FABIO FERNANDES DA SILVA : 238.117.304-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

FABIO FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359245/18

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FABIO FERNANDES DA SILVA : 238.117.304-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

FABIO FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA