

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

Fábio Fernandes de SIlva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Fábio Fernandes de SIlva	238117304 87	Eletricista
Endereço	Número	Complemento
Rua Honerato SIlva	200	
Bairro	Estado	CEP
Alto do Mateus	PB	58090-221
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 9 8898-2639	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (2371) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (1104)

AGÊNCIA
NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NR.
Caixa Econômica	001
AGÊNCIA	NR.
0036	0036
CONTA	NR.
32 935	32 935
(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.

Fábio Fernandes de SIlva
Local e Data

Fábio Fernandes de 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 integra: 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:

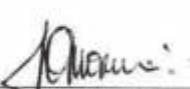
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

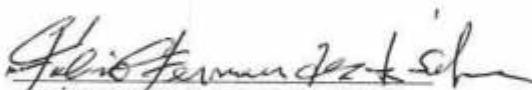
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

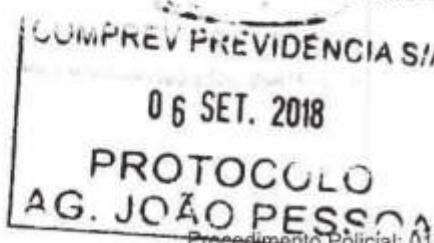
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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 27.04.2018, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSE 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 integra: 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:

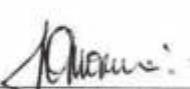
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

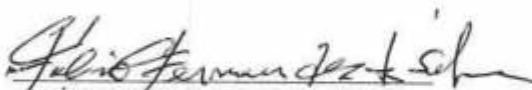
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

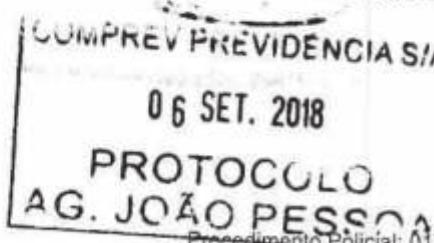
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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 27.04.2018, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FÁBIO FERNANDES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01709.01.2018.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 <i>Fábio Fernandes de Silva</i>	CPF da Vítima <i>238.117.304-87</i>	Data do Acidente <i>06/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

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 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 perícia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*COMPETÊNCIA PREVÍDENCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

Fábio Fernandes de Silva
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO

Nº. 1151/2018

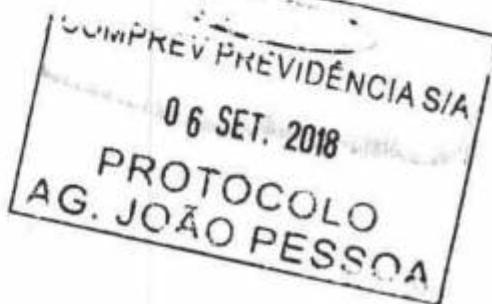
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018

Sônia
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
Recepção: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1

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.CARROXMOTO 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:

Glicemias: 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) PCT. VITIMA RECALCAREAMENTE NE MO
SEM PERDA NE VANGUARDIA AS 08:00 W/ MA 06.04.18. TROQUEADO NE CAPA
NE LA VINTOC.

APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

Diagnostico

| Conduta RX PE, Perna E TORNZELO.
| GL. AV. OSTEOPENIA.

Prescriçao

| Horario da medicacao

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSÔA

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

070406006-4

DESTINO DO PACIENTE

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

+ Ferdinand Fischer.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4

030106010-0

FÁBIO FERNANDES DA SILVA
RUA HONORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58080-221 (AG. 1)

BRASIL 17/09/2018 Referência Ago/2018
Cidade/Endereço: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / MONOFÁSICO B120, Km 25 - Centro, Reportar - PB, Posto/FE: 100001-697
Ponto: 9 - 1 - 182 - 323 N Medida: 00100017683

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
04719-326 MS/0001-45 - Ws Est 160153220
Nota F-2503 / Conta de Energia Elétrica 0111 120 621
Cada. para Déb. Automático: 00010203213

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 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.426, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Data Leitura	Data Leitura				
15/07/18 7345	17/08/18 7411				
Demonstrativo					
001 - Descrição	Quantidade (kWh)	Vaz. Básica (kWh)	Imp (R\$)	Extr. Cac. (R\$)	Outro (R\$)
		Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Outro (R\$) (10,40%) (99,60%)
0051 Consumo de 300Wh-BR	20.200 0.245840	7,37	7,37 25	1,84	1,97 0,09 0,37
0051 Consumo - 21 a 1000WH-BR	36.000 0.418170	16,17	16,17 25	3,72	16,17 0,16 0,76
0051 Ago. B. Verbas		3,32	3,32 25	0,80	3,32 0,32 0,17
0051 B. Subsídio		27,27	27,27 25	6,81	27,27 0,23 1,36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0007 CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA	0,99	0,00	0	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 07/2018	0,06	0,00	0	0,00	0,00
0005 MULTA 07/2018	0,48	0,00	0	0,00	0,00
0015 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,12	0,00	0	0,00	0,00
0006 Devolução Subsídio	-18,93	0,00	0	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Item TOTAL 16,81 52,13 13,03 52,13 0,66 280

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

Histórico de Consumo (kWh)

05 11 13 14 04 172 40 131 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

06 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. J.C. PESSOA

Indicadores de Qualidade		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0,99	0,00	NOMINAL
19,82	0,00	CONTRATADA
12,25	0,00	LIMITE INFERIOR
5,47	0,00	LIMITE SUPERIOR
19,95	0,00	231
18,77	0,00	
12,25	0,00	

Descrição	Valor
Base de Consumo	35,61
Centro de Energia	1,97
Base de Tensão	0,00
Exercício Sistelad	16,17
Contribuição de Energia Elétrica	51,97
Outros	0,00
Total	35,61 100,00

Vazão E.150 (Ref. 610101818505)

ATENÇÃO

Este documento não é um comprovante de leitura. Só é válido quando confirmado.

Faturas em atraso

FÁBIO FERNANDES DA SILVA
RUA HONORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58080-221 (AG. 1)

BRASIL 17/09/2018 Referência Ago/2018
Cidade/Endereço: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / MONOFÁSICO B120, Km 25 - Centro, Reportar - 039 Pessoas/FE-100001-697
Ponto: 9 - 1 - 182 - 323 Número: 00100017683

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
04719-326 MS/0001-45 - Ws Est 160153220
Nota F-2018 / Conta de Energia Elétrica 0111 120 621
Cadastral para Débito Automático 00010203213

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 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.425, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data Leitura	Data Leitura					
15/07/18 7345	17/08/18 7411					
Demonstrativo						
001 - Descrição	Quantidade (kWh)	Vaz. Básica (kWh)	Imp (R\$)	Extr. Cico (R\$)	Outro (R\$)	
		Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	PIS/Cofins (R\$)	(10,45%) (9,955%)
0051 Consumo de 300Wh-BR	20.200 0.245840	7,37	7,37 25	1,84	1,97	0,09 0,37
0051 Consumo - 31 a 1000Wh-BR	36.000 0.418170	16,17	16,17 25	3,72	15,17	0,16 0,76
0051 Ago. B. Verbas		3,32	3,32 25	0,80	3,32	0,02 0,17
06-0 Subsídio		27,27	27,27 25	6,91	27,27	0,13 1,36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007 CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA	0,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 07/2018	0,06	0,00	0	0,00	0,05	0,00
0005 MULTA 07/2018	0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0015 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006 Devolução Subsídio	-18,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC1 - Código de Classificação do Item TOTAL 16,81 52,13 13,03 52,13 0,66 280

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

Histórico de Consumo (kWh)

05 11 13 14 04 172 40 131 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 bfb7.6fd4.7fbd.1e2d.4f04.564d.4931.0829.

06 SET. 2018

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Observações	Valor
DEMANDE	3,91	0,00	NOMINAL	220	
DC ARRESTRAL	19,82	0,00	CONTRATADA	19,82	19,82
DC ALTA	1,25	0,00	LIMITESUPERIOR	1,25	1,25
DC MÉDIA	5,47	0,00	LIMITESUPERIOR	5,47	5,47
DC ARRESTAL	1,98	0,00	CONTRATADA	1,98	1,98
DC ALTA	1,17	0,00	LIMITESUPERIOR	1,17	1,17
DC MÉDIA	1,23	0,00	CONTRATADA	1,23	1,23
				Total	35,61 100,00
Valor do E. ISS (Ref. 610101818505)					

ATENÇÃO

• Sua fatura de energia elétrica é de R\$ 35,61.
• Litura confirmada

Faturas em atraso

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem	Reservado p/ liberacao
--------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO REALIZADO

030406706-4

DESTINO DO PACIENTE

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

✓ Felicis Fermeek fidei.

Assinatura do Paciente/Responsável

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
Recepção: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1

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.CARROXMOTO 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:

Glicemias: 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) PCT. VITIMA RECALCAREAMENTE NE MO
SEM PERDA NE VANGUARDIA AS 08:00 W/ MA 06.04.18. TROQUEADO NE CAPA
NE LA VINTOC.

APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

Diagnostico

| Conduta RX PE, Perna E TORNZELO.
| GL. AV. OSTEOPENIA.

Prescriçao

| Horario da medicacao

Flutopatia.
TX d 23,4 MTE.
C. Tela Bota

+ Fisioterapia con Monibe

Dr. Adriane Dias Mariano
Cirurgia Geral • Ortopedia
CRM-PB 5699

Dr. Valdeben Corvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM-PB 1592

06 ABR. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Comitê de Previdência S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

070406006-4

DESTINO DO PACIENTE

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

+ Ferdinand Fischer.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4

030106010-0



CERTIDÃO

Nº. 1151/2018

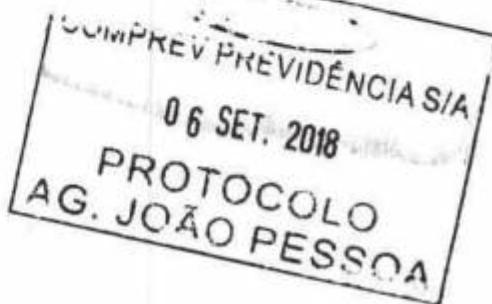
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018

Sônia
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959









卷之三

1405202518

1405202518

LUMPKÉV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DAS CIÉNCIAS

L DETRAN - PB
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
C
C
C
E

DEPARTMENT

PRÉVY PRÉVIDÊNCIA S/A

06 SET. 2018

PROTOCOL
DESS

MINISTÉRIO DAS CIDADES

LA DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C. N.º: COD. PLACA/PLA 2017-06-00241149-50000
R. E. 1 0110378550-51 00/00000000 2017

O FÁBIO FERNANDES DA SILVA

PLACA	QFP0866/PB
CHASSIS	9C2KC2210HR006103
ESPECIE DO V.	PB
NOVO	NOVO
COMBUSTIVEL	ALCO/GASOL
MARCA / MODELO	HONDA / CG 160 TITAN EX
ANO FAB.	2016
Cap. PTO. GLE.	2 P/162 /C1
CATEGORIA	PARTIC
CONTRAPARTIDA	VERMELHA
VEÍC. COTA UNICA	1
VEÍC. COTA AS	1
VAL. PLACA / PLV.	00/00/0000
PERÍCIA / LICENCIAMENTO / COMIS	2
A. *	0

PREMIO TARIFARIO (R\$)	0	PRÉMIO TOTAL (R\$)	0	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
*****	*****	*****	*****	*****	*****
SEGURADO	P. A. G. Q	SEGURADA	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	S	SEGURADO	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
JOAO PESSOA-PB	COTA UNICA	SEGURADO	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
42072	PARCELA/ANO	SEGURADO	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017

TRANSPORTADAS QUÃO SEGURADO DPVAT

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
PLACA	QFP0866/PB	PLACA	QFP0866/PB
CHP / CNH	23811730487	CHP / CNH	23811730487
RELAÇÃO	01103785505	MARCA / MODELO	HONDA / CG 160 TITAN EX
ANO FAB.	2016	ANO FAB.	2016
DATA	9	DATA	9
NP CHASSI	9C2KC2210HR006103	NP CHASSI	9C2KC2210HR006103

PRÉMIO TARIFÁRIO

FIN (R\$)	*****	DEBITAR (R\$)	*****	CUSTO DO SEGURO (R\$)	*****
*****	*****	*****	*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	*****	DE (R\$)	*****	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
*****	*****	SEGURADO	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
S	SEGURADO	P. A. G. Q	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
COTA UNICA	SEGURADO	P. A. G. Q	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017
PARCELA/ANO	SEGURADO	P. A. G. Q	P. A. G. Q	DATA DE PAGAMENTO	05/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

05/07/2017
761-11506364-20170705

CONTRAN

COMPRE & PREVIDÊNCIA S/A

06 SET. 2018

PROTÓCOLO

100

Eu, Elvio Fernandes Lobo, Portador
do CPF 238117304-87 e Sinistro 3180
411838, solicito uma Reabilitação do meu
Processo Pós de Acidente com a certi-
ficação do Hospital, Tive Fratura do
2º, 3º, 4º Metatarso esquerdo,
peço que seja reabilitado o meu processo.

João Pessan, 27 de Agosto 2018

Felis geranoides Fischer



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 EVIDENÇIA 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

FABIO FERNANDES DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FERNANDES DA SILVA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326787/18

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2018

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FERNANDES DA SILVA

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FERNANDES DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA