

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11289190

A/C: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170370005 ASL-0255370/17
Vitima: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO
Data Acidente: 09/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2017

Carta nº: 11319733

A/C: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

Sinistro: 3170370005 ASL-0255370/17
Vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO
Data Acidente: 09/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11484698

A/C: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

Sinistro: 3170370005 ASL-0255370/17
Vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO
Data Acidente: 09/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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: **FABIO ANTONIO DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000026376-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIR



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, 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, FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃOPORTADOR(A) DO RG Nº 62.232.421-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 18/05/2016 ECPF 234952648-84 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO PADEIRO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.460,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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.

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) 3571 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000263764

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

PARANÁ/PB, 13 de JUNHO de 2014 x FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO
LOCAL E DATA 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag. itaporanga

DATA: 07/06/2017

HORA: 14:48:20

TERMINAL: 35711003

CONTROLE: 357110030374

AGÊNCIA: 3571 - ITAPORANGA

CONTA: 013.00026375-7

CLIENTE: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

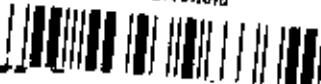
EXTRATO PARA SIMPLES CONFÉRENCIA



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 JUL 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 394 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 09 / Maio / 2017 . HORAS -Meio Dia (12hs).

Sob a responsabilidade do Del.Pol: IVALDO PEDRO DE ARAUJO DIAS

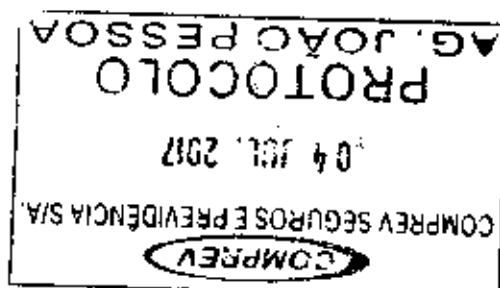
Notificante/Vítima:

FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, brasileiro, natural de Brasília/DF, Solteiro, Padeiro, nascido no dia 16/05/1980, filho de Maria-de Lourdes da Conceição, portador do RG Nº. 62.232.421-4/1ª via/SSP/SP, CPF 234.952.648-84, residente no Loteamento Adailton Soares Teixeira-s/n centro Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, retornava de Pedra Branca para Itaporanga, pela Rod.PB 356, pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA NQD4245/PB e CHASSI 9C2JC4110AR617232, em nome de MANOEL ANTONIO DA SILVA FILHO e em um trecho desta Rodovia precisamente em uma curva, deparou-se com outro motorista manobrando na mão em que o notificante trafegava, ocasionando a colisão, sendo socorrido pelo SAMU.



Itaporanga (PB), 10 / Junho / 2017

Fabio Antonio da Conceição
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA / MAT. 60265-5
CHEFE DE CARTÓRIO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 62.232.421-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 234.952.648-84, residente e domiciliado na LOTEAMENTO ADAILTON SOARES TEIXEIRA, S/N, CENTRO, Cidade ITAPORANGA, Estado PARAIBA, 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:

- (X) 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
- () 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.

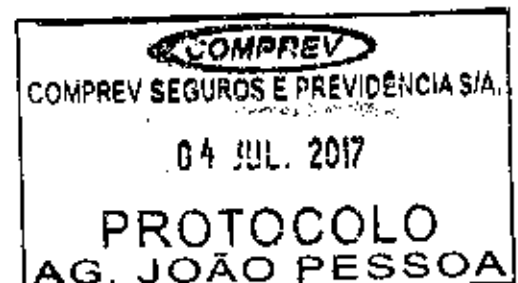
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

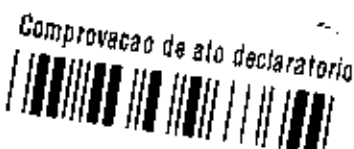
x Fabio Antonio da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA/PB, 13/06/2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 115018

HORA: 12:40

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 09/05/17 ID: 145 Paciente: FABIO ANTONIO CONCEIÇÃO Idade: 39 Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: _____ Bairro: _____ Médico Regulador: _____

Apoio no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☒ Nenhum ☐ Outro _____

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro _____

TIPO DE AGRAVO/ NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia:
☐ Clínico	☐ Quase Afogamento/Afogamento	Medicação:
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
☐ F.A.B	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocórico ☐ Anisocórica ☐ Miótica ☐ Dor
☐ Midríase ☐ Dispneico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Fratura ☐ Contusão ☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: _____

Queixas Principais/ Sinais e Sintomas: _____

Transferência/Destino: _____

Local: _____ Responsável: Dr. Galvão Soares de S. Filho Função: _____
Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7519

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☐ > 30 irpm Perfusão Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

P.A.: 150x90 mmHg FC: 72 bpm FR: 16 irpm SpO₂: 98 % T: _____ Glicemia Capilar: _____ mg/dl Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia ☐ Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒
☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão
respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão tissular Gastrointestinal
Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca Gasosa Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Resposta Sensorial Perturbada ☐
Intenção Social Prejudica ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Condição de Saúde Prejudicada ☐

Intervenções:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de acidente motorístico, com lesões nos membros
inferiores, com fratura de clavícula, com dor aguda, o mesmo
foi atendido por TCE, chegando ao SAMU, para atendimento e encaminhamento.

Identificação da Equipe: Atendimento e encaminhamento para atendimento ao SAMU

Médico:

Enfermeiro(a): JUNIOR LAGEIRO

Téc. De Enfermagem: CARMEM

Conductor: JUNIOR

CRM:

COREN: 368.900

COREN: Maria Carmem Julia Barros de Sousa

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 14.542

04 JUL 2017

PROTOCOLO PRESTADO

AG 540118

ENCAMINHADO

ENCAMINHADO

ENCAMINHADO

Enghamamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

Evolução Clínica:

Diagnóstico Médico: fratura de clavícula

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaringea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical ☐
Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros _____
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
04 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Exame Gineco-Obstétrico: _____

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora
Esponâneo A voz A dor Nenhuma	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	Obedece comandos Localiza dor Movimento da retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma
4 3 2 1	5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO: 15		

BPA/Procedimentos

USA - 03:

Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de suporte Avançado de vida Terrestre (USA)

BPA/Procedimentos

USB - 06:

Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de vida Terrestre(USB)

Procedimento:

Quantidade:

CBO: Enfermeiro:

Técnico:

Médico:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000026376-7

Nr. da Autenticação 16F5193854D060F4

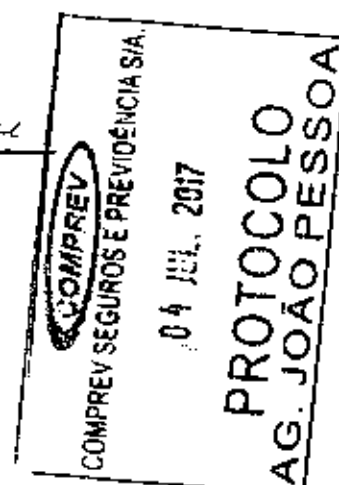
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃORG nº 62.232.421-4, data de expedição 18/05/2016, Órgão SSP/PB SP

CPF nº 234.952.648-84, 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/Prça)	LOTEAMENTO ADAILTON SOARES TEIXEIRA
Número	SN
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	ITAPORANGA
Estado	PARAIBA
CEP	58.480-000
Telefone de Contato	(83) 9947-1520 / 96948811
E-mail	SEPTAO.ASSESSORIA@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 13/06/2017Assinatura do Declarante: Fabio Antonio da Conceição

Atendimento ao Cliente **0800 083 0196** Acesso: www.energisapara.com.br

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora) 5/1718659-4**

Mai/2017

Apresentação

18/05/2017

Data prevista da próxima leitura

20/08/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior 31.05.2017

Atual 31.05.2017

Constante 19 Consumo 815

Pagamento em atraso

Quantidade

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

Valor (R\$)

RESERVADO AO FISCO

3db5.11ce.c3a5.32c3.cf5d.7c7c.0244.b974.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL

Apurado

Limite de Tensão

CONTRATADO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

CONTEÚDO

Composição do valor total de sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cbl. da Energia/PR	18,87	31,08
Controle de Energia	22,91	28,43
Serviço de Transmissão	1,17	1,45
Encargos Setoriais	8,12	7,58
Impostos, Dívidas e Encargos	33,42	41,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,39	100,00

Valor em USD (Ref. 31/2017) R\$ 22,03

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 04 JUL 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 55 - CENTRO
 ITAPORANGA / PS CEP: 58700000 (AG: 154)

ENERGISA
 ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Classif/Subclif: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO R 220, Km 26 - Cidra Residencial - Jd. P. Verde - PB - CEP 58071-880
 Rotômetro: 7 - 154 - 9189 Referência: Jun/ 2017 CNPJ 09.086.180/0001-40, Ins. Est. 18.015.822-0
 Nº medidor: 00009205001 Emissão: 12/06/2017 Nota fiscal: 0000472100
 Código para Divulgação Automática: 000027424

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

Conta referente a: **Jun/ 2017** UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

Canal de contato

Apresentação
 12/06/2017

Data prevista da próxima leitura
 13/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
 9924708409

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
12/05/17	78509	12/06/17	8587	31

Faturas em atraso

Demonstrativo		Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,43487	25,65
Adic. 6 - Verificação			1,08
ICMS			9,65
PS			0,75
COFINS			1,53
RETRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSMISSÃO E DISTRIBUIÇÃO			5,89
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			0,20
Juros de mora 06/2017			0,81
MULTA 05/2017			0,81

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 04 JUL. 2017
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

**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 EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSP/PE, em

30 / 04 / 96, CPF/CNPJ nº 039.244.064 - 09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FÁBIO

ANTONIO DA CONCEIÇÃO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

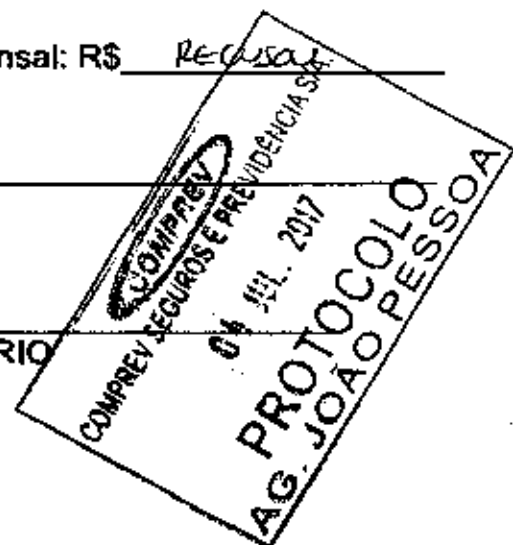
da vítima FÁBIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, e conforme

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

Profissão: REUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUI

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Declaração do proprietário do veículo



Eu, MANOEL ANTONIO DA SILVA FILHO

RG nº 99.029.251-590, data da expedição 14 / 10 / 1999, órgão SSP/CE

Portador do CPF nº 962.915.083-20, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, estado de PARAIBA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) MANOEL PEREIRA CAIANA

nº 5/N, complemento BELA VISTA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, cujo

condutor era: O MESMO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS

Ano: 2010/2010

Placa: NQD 4245 / PB

Chassi: 9C2JC4110AR617232

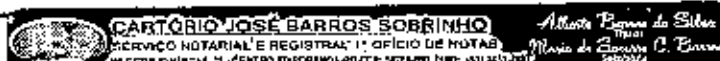
Data do Acidente: 09/05/2014

Local e Data: ITAPORANGA / PB, 09/06/2014



MANOEL ANTONIO DA SILVA FILHO

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA)



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de MANOEL ANTONIO DA SILVA



ITAPORANGA/PB, 9 de junho de 2017.
Em test. JOÃO PESSOA da verdade
Maria Rodrigues Custódio (Escrivente)

Selo Digital: AFG76855-RTND

consultar autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Heliano PB

Para: HR Lops

Paciente: Fabris Antonio da Conceição

Endereço: _____

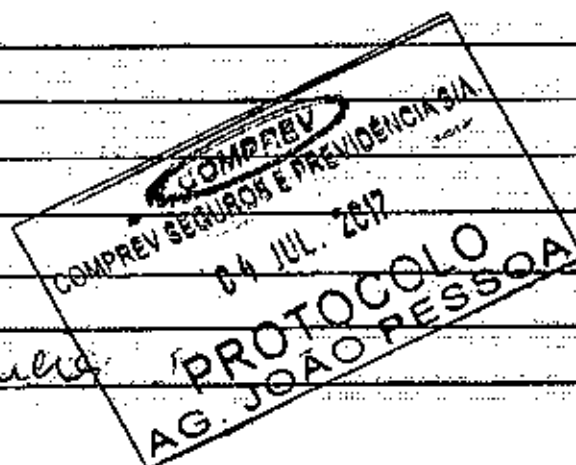
Diagnóstico: Fratura de Clavícula D

Foi realizado Rx de ombro e Analgésico

Motivo da Transferência _____

Não dispomos de ortopedista no hospital.

Veículo Recomendado: Amfifanero



[Signature]
Dr. Leandro A. de C. Pinto
MÉDICO
CRM-PB 8908

Data: 9 / 1 / 5 117



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Pylerio Antonio

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Chirurgia
Ginecologia

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO EXÉRCIO)

Tratamento de ferida com furo no
coelho (2)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Procedimento Cirúrgico

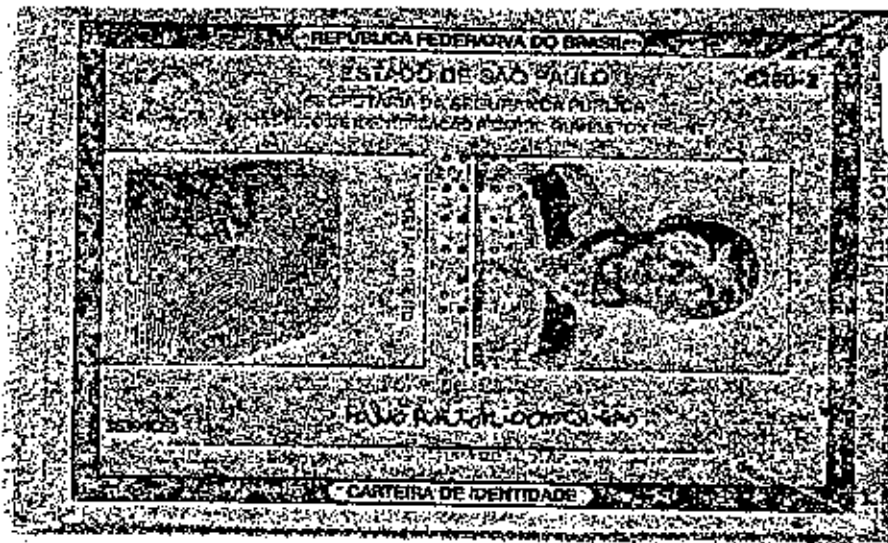
Pela via da do sistema do meio com
procedimento cirúrgico de laparoscopia
com pontos de cravículos e pontos
cicatrizantes.

Nota da cirurgia e do diagnóstico
Surgido local de pontos / Vg. P. 30. Vg. 10.

09-05-17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



Documentos de identificação



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170370005 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 09/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIRETA TERÇO LATERAL

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE FLEXÃO DO OMBRO DIREITO GRAU II, ALÉM DE ATROFIA MUSCULAR RELATIVA MAIS ENCURTAMENTO RELATIVO DO OMBRO DIREITO, APRESENTAVA TAMBÉM DEFORMIDADE EM TERÇO LATERAL DO OMBRO COM AUMENTO DE VOLUME LOCAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 09/05/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIRETA. O MESMO FOI INDICADO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO VELPEAU, ONDE FEZ USO POR 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL ONDE ATUALMENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

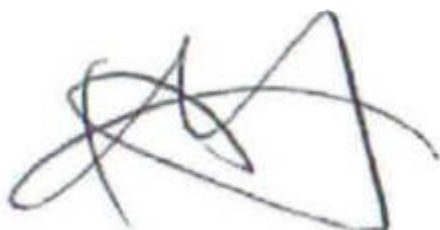
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO ANTONIO DA CONCEICAO** Sinistro: **3170370005** Data: **09/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOTEAMENTO ADAILTON SOARES TEIXEIRA, SN, CASA - CENTRO - Itaporanga - PB - CEP 58780-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **022324214**

Data local do exame: [**04/08/2017**] **Pombal** [**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 DA CLAVÍCULA DIRETA TERÇO LATERAL . APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°; DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE FLEXÃO DO OMBRO DIREITO GRAU II, ALÉM DE ATROFIA MUSCULAR RELATIVA MAIS ENCURTAMENTO RELATIVO DO OMBRO DIREITO, APRESENTAVA TAMBÉM DEFORMIDADE EM TERÇO LATERAL DO OMBRO COM AUMENTO DE VOLUME LOCAL.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 09/05/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIRETA. O MESMO FOI INDICADO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO VELPEAU, ONDE FEZ USO POR 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL ONDE ATUALMENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10° DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE FLEXÃO GRAU II ATROFIA MUSCULAR ENCURTAMENTO RELATIVO DEFORMIDADE EM TERÇO LATERAL AUMENTO DE VOLUME

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170370005 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 09/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM COTOVELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



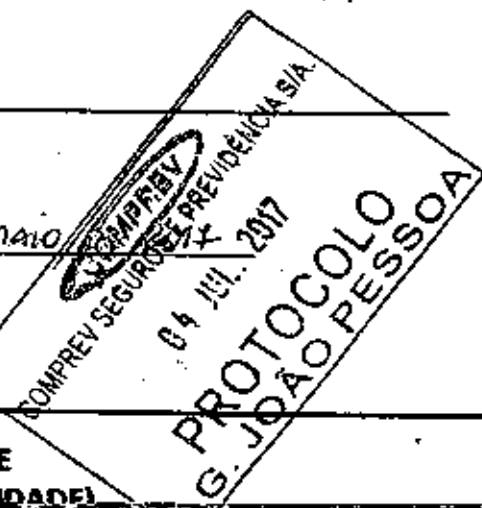
**PROCURAÇÃO PARTICULAR:****OUTORGANTE:**Nome: FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃONacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: SOLTEIROProfissão: PADEIROIdentidade: 62.232.421 /CPF: 234.952.648-84Endereço: LOTEAMENTO ADAILTON SOARES TEIXEIRA, S/N, CENTRO, ITAPORANGA/PB**OUTORGADO:**Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOSNacionalidade: BRASILEIRO /Estado Civil: CASADOProfissão: AUTOGRONHOIdentidade: 5.652.161 /CPF: 039.247.064-09Endereço: R. MANOEL PEREIRA CAIANA, 58, CENTRO, ITAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃOLocal e data: ITAPORANGA/PB, 26 DE MAIO

X Fabio A. da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
RUA CÂNDIDO VIEIRA, 11 - CENTRO, ITAPORANGA/PB (51.300.100) (08.341.200)

Alfredo Barros da Silva
Mário de Sousa C. Barros
Sócio

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO.

ITAPORANGA/PB, 26 de maio de 2017.
Em test. Edilson Rodrigues da verdade
Mário Rodrigues Custódio (Escrivente)

Selo Digital - AFE50968-H3YV
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>