

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10985715

A/C: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170258558 ASL-0175303/17

Vitima: FABIO PEDRO DA SILVA

Data Acidente: 17/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10987171

A/C: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170258558 ASL-0175303/17

Vítima: FABIO PEDRO DA SILVA

Data Acidente: 17/07/2016

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](http://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](http://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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº 11951911

a/c: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3170258558 ASL-0175303/17  
Vitima: FABIO PEDRO DA SILVA  
Data Acidente: 17/07/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 Pedro da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3356991 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/09/2017  
CPF 093.143.714-00 / CNPJ \_\_\_\_\_ PROFISSÃO Agricultor  
E RENDA MENSAL DE R\$ 5,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio Pedro da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 145/2012, 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 apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) 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 R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de nova conta, com o comprovatório 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**SINCOR/PB**

08 MAIO 2017

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou com colagem 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

João Pessoa 14 de Março de 2017 Fabio Pedro da Silva  
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 ap/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.dpvatseguroconsorcio.com.br](http://www.dpvatseguroconsorcio.com.br) ou acesse pelo SAC DPVAT: 0800 024 11 11

19/11/23

ALVARÁ DE CONFIANÇA FUDRAN

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

103 799627167-5

13/ABR/2017

HORA DE 14:34:12

DT: 13.14539-0

TERM: 012723

LOCALIDADE: PITIMBU

N. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 605070052

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1033 013 00096250-8

FABIO PEDRO DA SILVA

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

103-799627167-5

SINCOR/PB

08 MAIO 2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00383.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00383.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:19 horas do dia 23 de fevereiro de 2017, 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, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Fabio Pedro da Silva**, RG nº 3356991 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Zuleide Maria de Lima e Silva e Carlos Pedro da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 19/11/1986 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Nova Vida, complemento zona rural, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praia Bela, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99963-2667.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 008, Acesso À Praia Bela, Pitimbu/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/07/16 19:00h. Tipificação: LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Era garupa na motocicleta Honda fan, 2008, de cor preta, placa MOB2163 PB, conduzida por JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO, quando pararam para auxiliar vítimas de um acidente que acabara de ocorrer, quando foram abarrotados por um veículo Toyota Hilux, de cor prata, não sabendo informar a placa, sofrendo fratura de clavícula, conforme laudo médico extraído pelo boletim de entrada nº 934191 anexo. Informa que o condutor da Hilux prestou toda assistência, razão pela qual o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o mesmo.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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, 23 de fevereiro de 2017.

  
ALCEBÍADES BARROSO DE AZEVEDO  
Escrivão de Polícia

  
FABIO PEDRO DA SILVA  
Noticiante

**SINCOR/PB**

**08 MAIO 2017**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Fabio Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 3356991 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098143214-00, residente e domiciliado na Rua Prometida Nº 50 Nova Ucla, Cidade Pitimbu, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 Lider 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.

Fabio Pedro da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa 14 de Março de 2017

Local e data

SINCOR/PB

08 MAIO 2017



SAMU  
192



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SINCOR/PB

08 MAIO 2017



SAMU  
192

## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	HORA: 28:55
17/10/2015	1353051	Fábio Pedro da Silva	29	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência		Setor	Médico Regulador	
Pb 008 - Rua entrada da Vila Bela, D. Imbuí			Dro. Luciana	
Apoio no Local: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRP <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

### TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE: <input type="checkbox"/> OUTRO: CINEMÁTICA: última encontrada 01 capote, em estado inconsciente.	ANTECEDENTES MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: - às 12:30 VACINAS: em dia (há 2 anos)
EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input checked="" type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR: Torácica LOCAL <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE / TIPO DE FERTIMENTO E LOCAL	<input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

STINO: escorregou para trás, braço D.E. colúvelo + MIE na  
 Local: Hospital Trauma Responsável: Marcos Vinicius Função: CRM-PB 0020

### DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☐ > 30 irpm ☐ < 30 irpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg  
 PA: - FC: 101 FR: - GLICEMIA: - E. Coma: 15 SpO2 s/O2: 99 SpO2 c/O2: T: -

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:
- INTERVENÇÕES: AVP, imobilizações cont. protocolos.
- EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Seguiu ação de vpi perante o múltiplas vítimas, colúvelo, carro x moto, vítima de Sr. B.P. 68 anos, dentro do carro da moto, encontrava-se consciente, orientado, colaborativo, alegou que se capote para no momento da colisão, com escorregos em sua frente, braço D.E.

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Luciana COREN: 431619 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Thaís COREN:  
 CONDUTOR: Luciana SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): MÉDICO (VISTO):

colúvelo + MIE na dor, torácica, orientado -





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Pedro da Silva

RG nº 3356991, data de expedição 02/04/05 Órgão SSP/PE

CPF nº 012143214-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Profetada Nova Vida</u>
Número	<u>Nº 50</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Nova Vida</u>
Cidade	<u>Pitimbu - PB</u>
Estado	<u>Paraíba PB</u>
CEP	<u>58322400</u>
Telefone de Contato	<u>999632667</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba - 14.03.2017

Assinatura do Declarante: Fabio Pedro da Silva

**SINCOR/PB**

**08 MAIO 2017**

ZULIIDE MARIA DE LIMA E SILVA  
RUA PROJETADA, 50 - NOVA VIDA  
PITIMBU/PB CEP: 5924000 (AG. 18)

Classe/Suma: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFASICO  
Roteiro: 15 - 18 - 275 - 3690  
Nºprodutor: 0001050848  
Referencia: Jun/2016  
Emissao: 23/06/2016

ENERGISA PARAIBA - OS / PRESTADORA DE ENERGIA SA  
B-200 Km 25 - Costa Rica - Joao Pessoa/PB - CEP 56071-680  
CNPJ 09.936.180/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Condição de Energia Elétrica: N004 104 709  
Codigo para Cobrança Automática: 00011261724

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1126172-4**

Jun / 2016

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da próxima leitura

28/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3728281428

**Faturas em atraso**

01/06/2016 43,44

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 24/05/16 Leitura: 14558	Data: 23/06/16 Leitura: 14568	1	83	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh BR	39	0,14483	4,33
Consumo de 31 a 100 kWh-BR	83	0,24784	18,82
Subsídio			19,60
ICMS			14,13
PIS			0,82
COFINS			2,88

UNIFORMIDADES E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	0,00
JUROS DE MOROSIDADE/2016	0,40
MULTA 04/2016	1,01
Devolução Subsídio	-19,60

**Histórico de Consumo (kWh)**

Mar/16	82
Abr/16	114
Mai/16	77
Jun/16	122
Jul/16	103
Ago/16	104
Set/16	102
Out/16	111
Nov/16	127
Dez/16	158
Jan/17	139
Fev/17	168

Média dos últimos meses  
120 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	58,51	25,00	14,13
PIS	58,51	1,1998	0,82
COFINS	58,51	5,1014	2,88

**VENCIMENTO**

01/07/2016

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 45,89

58a6.0e56.9124.a3cc.bdb5.56fe.4492.4e1e.

Indicadores de Qualidade 412016 - Meta Redonda

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAMENSA	11,60	0,20	NOMINAL 220V
DIETRIMENTAL	23,64	1,00	
DIETRIMENTAL	47,18		
DIETRIMENTAL	9,30		
DIETRIMENTAL	18,54	0,20	NOMINAL 220V
DIETRIMENTAL	33,00		
DIETRIMENTAL	6,84		
DIETRIMENTAL	18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Energia de Origem Frequência PB	7,37	16,00
Compra de Energia	8,86	21,05
Compra de Transmissão	0,59	1,28
Energia Substituída	2,34	5,10
Impostos Diretos e Encargos	75,54	16,53
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>46,68</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 100 (R\$ 4/2015) R\$ 14,13

**ATENÇÃO**

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relatada(s) seja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devolução suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso haja suspensão de pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade de medição como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 13,03. - Letra confirmada

PARAIBA

Roteiro: 15 - 18 - 275 - 3690  
Matrícula: 1126172-2016-08-5

**VENCIMENTO**

01/07/2016

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 45,89

83680000000-9 45890054000-8 11261722016-8 06500180019-3



SINCOR/PB

08 MAIO 2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Jose Carlos dos Santos Monteiro  
RG nº 2718 094 data de expedição 22/5/13  
Órgão SSP portador do CPF nº 065 559 584-80 com  
domicílio na cidade de Alhandra no Estado de  
PB onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Projetada nº m  
complemento - declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima Fabio Pedro da Silva cujo o condutor era  
Jose Carlos dos Santos Monteiro

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda Fan  
Ano: 2008  
Placa: MOB 2163  
Chassi:  
Data do Acidente: 17.07.2016  
Local e Data: Jose Carlos, 14/03/16

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

Assinatura do Declarante)

Fabio Pedro da Silva

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



VERON BRAGA



SINCOR/PB

08 MAIO 2017



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

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Fabio Pedro da Silva  
DATA DE NASCIMENTO 19/11/86  
NOME DA MÃE Zuleide Maria de Lima e Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 934191  
DATA DO ATENDIMENTO 17/07/16  
HORA DO ATENDIMENTO 20:58  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula D.  
CID 10 S42.0

SINCOR/PB  
08 MAIO 2017

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor torácica, ombro D, região esternal e nariz, mega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela BMF, Traumatologia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coluna cervical, tórax, bacia, ombro D, face

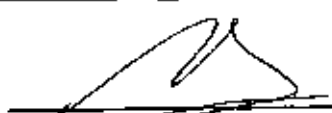
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

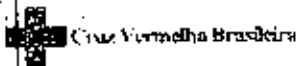
### TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula D (velpeaux gessado)

ALTA HOSPITALAR: 17/07/16  
DATA DA EMISSÃO: 05/12/16

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 934191



GOVERNO  
DA PARAÍBA



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1089004	Nome FABIO PEDRO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/11/1988	Idade 26 anos 7 meses 26 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA	Pai		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parembeco) CARLOS PEDRO - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996424678	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356991	Nº Cns	
Local de procedência PITIMBU	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade (RECIFE)	CEOR	
<b>Endereço</b>			
CEP 58224972	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro NOVA VIDA, SN
Número SN	Complemento ZONA RURAL	Bairro CENTRO	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 17/07/2016 20:58:58	Número da praxeira 425829	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter do atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO			Tempo 03min 37seg

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

Imprimir

26/09



# Primeiro Atendimento Médico



4215029 DE 934191  
FABIO PEDRO DA SILVA  
DT. NASC.: 15/11/1985  
MÃE: ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: NOVA VIDA, S/N  
N. 58 - CENTRO  
PITIMBU  
FONE: (1)  
CELULAR: (87) 908470670  
IDADE: 29  
DT. ENTRADA: 17/07/2016 20:58:55

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de uma altura não x carro, em um de copos (porém o mesmo foi quebrado). Logo perda de consciência de minutos. Queixa de dor torácica em região esternal e no umb.

SINCOR/PB  
08 MAIO 2017

## EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêrvias ( ) Obstruídas  
AÉREAS ☒  
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ☒ Não  
VENTILAÇÃO:  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTO: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

2- RUÍDOS

( ) Sim  
( ) Não  
HTO: ☒ Roncos  
( ) Sibilos  
( ) Estertores  
HTE: ☒ Roncos  
( ) Sibilos  
( ) Estertores

FR: \_\_\_\_\_ Imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

## CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO

☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS

( ) Normotonéticas ( ) Hipofonéticas  
( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO

( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4

( ) Sim ( ) Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: flácido, indolor

## DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

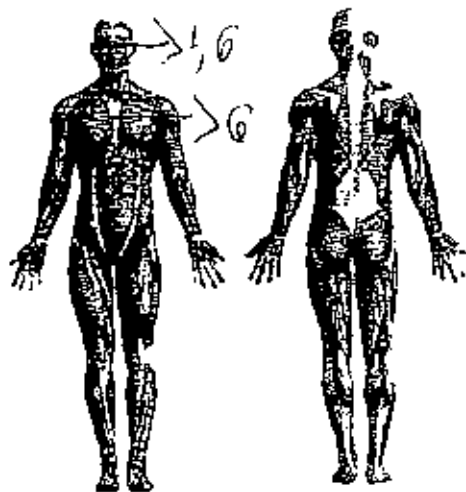
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número  
correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Erisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
2			
3			
4	SRL 500ml EV aqra		
5	Dipirona 1g + AD EV aqra		
6	Filatel 20 mg + AD EV aqra		
7			
8			
9			
10			

Marcelo Trindade  
Médico  
CRM-PB 45188

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da OME Ortopedia às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_  
 DA \_\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_  
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

Dz. José Baptista Pinto  
Ortopedia  
CRM-PB 45188

ASSINATURA/CARIMBO

SINCOR/PB

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 08 MAIO 2017



# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



4215929 BE 934191  
FABIO ROBERTO DA SILVA  
DT. NASC. 15/11/1986  
MRE. ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

BE/PRONTUÁRIO

END. - NOVA VIDA S/N  
N. 5N - CENTRO  
PITIMBU  
FONE: (33)  
CELULAR: (33) 988424678  
IDADE: 28  
DT. ENTRADA: 17/07/2016 20:55:00

Nome do paciente

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

HORA

CEBMF

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando trauma em face, lesões dermatológicas no rosto. No momento em REC, consciente orientado, contactando com queixa de dor intensa em ombros (C). Ao exame ausência de deformação óssea palpável em face, sem queixas de alterações visuais oculares ou de visão, pupilas superiores, reações extensas em frontal a (C) + região paranasal (C) sem sinais clínicos ou radiográficos sugestivos de fraturas em face.

(C) ① Diagnóstico clínico

② Orientação adequada

③ Alta da BNF

④ Solicito avaliação da Ortopedia

SINICOR/PB

Ana Maria Fernandes  
17/07/2016  
Cirurgia Maxilofacial

André Luís

Força de

conclusão

Vel. Peter

Dr. João





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

NOME: FABIO PEDRO DA SILVA  
BE: 934191  
DATA: 19/7/2016 15:08  
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/07/2016.

RX. COLUNA CERVICAL P  
VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP  
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.  
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.  
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. OMBRO DIREITO AP  
FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

RX. DA FACE  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
NÃO VISIBILIZAMOS IMAGEM DE FRATURA.

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

18

DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900

*Fabio Pedro da Silva*

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
3356991  
NOME  
FABIO PEDRO DA SILVA

DATA DE EMISSÃO  
12 SET 2005

FILIAÇÃO  
Carlos Pedro da Silva  
Zuleide Maria de Lima e Silva

Recife-PE 19.11.1986  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasem. 17788-fls.162-LivA119  
ONE ORDEM Cart. de São Lourenço da Mata-PE

CPE  
José Passos - PB *CM Martins*

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

CPE

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição  
098.143.214-00

Nome  
FABIO PEDRO DA SILVA

Nascimento  
19/11/1986

RECEITA DE CANCELAMENTO

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
OUT/2009

CORREIOS  
www.correios.com.br

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CENSO 2.719.094 -2 VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 22/05/2013

NOME JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

RELACAO JOSÉ SEVERINO MONTEIRO  
SEBASTIANA ALEXANDRE DOS SANTOS

NATURALIDADE ALHANDRA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/05/1976

DOC. ORIGIN

NASC. N. 2462 FTS. 77V LIV. A04  
CARTORIO ALHANDRA-PB

065.559.584-90

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPT. LAB. DE IDENTIFICACAO

V-02 R-917

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

CARTeira DE IDENTIDADE



TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO 16/05/1976

CPF 0257.8581.7287

CELE 0112

NUMERO / UZ ALHANDRA-PB

DATA DE EMISSÃO 24/11/2014

JUIZ ELEITORAL

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507723914  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
VIA 1-0093862897-6-0070006000-02006

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

06555958480 MOB2163/PB

NOVA ANT. / UF PB 9C23C30708R548837

PAS/MOTOCICLETA/NAO-APLIC. CASOTONA

HONDA/CG 125 FAN 2008 200 100

OP 125 / CI - PARCELAS - PRIMA

IPVA 360,00 EM 14/06/2016 VENC / COTAS

1ª 2ª 3ª

PRÊMIO ANUAL (R\$) - SEGURO - PRÊMIO ANUAL (R\$) - 14/06/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALHAND 369 14/06/2016 16080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
ALTERNATIVAS DE VIA TERRESTRE DE OJ POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTE ALIAS

PB Nº 01250772391



JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO  
06555958480 MOB2163/PB  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 14/06/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

VIA OFF / CNPJ PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

06555958480 MOB2163/PB

00958623376 HONDA/CG 125 FAN

PRÊMIO TARIFÁRIO

2008 (R\$) 9 9C23C30708R548837

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

NOF (R\$) SEGURO P A G O

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO - PRÊMIO ANUAL (R\$) - 14/06/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.808/0001-04

16080-15555720160814

SINCOR/PB

08 MAIO 2017