

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9513241

A/C: ANDRE BELO DOS SANTOS

Sinistro: 3160482248 ASL-1012257/16
Vitima: ANDRE BELO DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9518089

A/C: ANDRE BELO DOS SANTOS

Sinistro: 3160482248 ASL-1012257/16
Vitima: ANDRE BELO DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo 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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10484178

a/c: ANDRE BELO DOS SANTOS

Sinistro: 3160482248 ASL-1012257/16
Vitima: ANDRE BELO DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

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.dpvatsegurodotransito.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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, André Belo dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 56.460.120-3 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/2012
 CPF 0.82009384-30 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Desempregado
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA André Belo dos Santos, 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 R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BEMPRE

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5383-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4454-7

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

Nº do BANCO _____ 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.

Zicui-PA 13 de julho

LOCAL E DATA

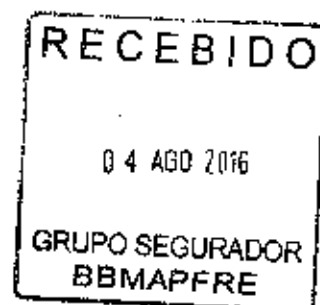
de 2016x André Belo dos Santos

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 15.945/2009) 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.



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Andre Belo dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 56.460.120-3 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/2016
 CPF 0.820.993.841-30 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Perempuado
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3000 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Andre Belo dos Santos, 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 Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. **4 A GO 2016**
- 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\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento);
- 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). Não como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5983-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4454-7

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

Nº do BANCO _____ 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.

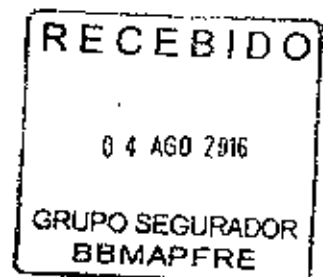
22 de julho de 2016
 LOCAL E DATA

Andre Belo dos Santos
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223204.



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2016

Aos 29/01/2016, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA - Escrivão de Polícia**, ao final assinado, aí, por volta das **09:30** horas, compareceu **ANDRÉ BELO DOS SANTOS**, conhecido por "**GATO**", nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIDO ESTAVELMENTE**, profissão **DESEMPREGADO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **30** anos de idade, nascido aos **11/08/1985** em **BARRA DE SANTA ROSA/PB**, filho de **ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS E ELIZABETE DE LIMA BELO**, portador de Cédula de Identidade N.º **56.460.112-3**, expedida pela **SSP/SP**, e C.P.F. de N.º **082.999.384-30**, endereço **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**, celular: **(83)99338-7982**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO QUE:**

QUE NO DIA **20/11/2015**, POR VOLTA **17H00** ESTAVA O NOTICIANTE PILOTANDO SUA MOTOCICLETA (HONDA NXR150 BROS ESD, ANO MODELO 2007, PLACA MOG4487/PB, VERMELHA, CHASSI 9C2KD03107R800123, RENAVAN 0093633951-9 LICENCIADA EM NOME DE JANILSON FELIX DA SILVA), TRANSITANDO EM DAMIÃO/PB PELA RUA JOSE PAULINO (PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA SAIDA PARA CACIMBA DE DENTRO/PB) QUANDO O FREIO DA MOTO TRAVOU E O MESMO VEIO A CAIR. QUE NA OCASIÃO MANOEL DE LIMA PEREIRA (TESTEMUNHA 1) PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS LEVANDO O NOTICIANTE PARA O POSTO DE SAUDE DE DAMIÃO. QUE NÃO PODENDO SUPRIR AS NECESSIDADES FOI SOLICITADO A SAMU QUE O TRANSFERISSE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. QUE EM DECORRENCIA DA QUEDA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO. QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE FOI NECESSARIO INTERVENÇÃO CIRURGICA PARA COLOCAÇÃO DE PINOS (5) PARA FIXAÇÃO DO OSSO. QUE ATE HOJE SENTE DORES DEVIDO A QUEDA. **Nada mais havendo o tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo (a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

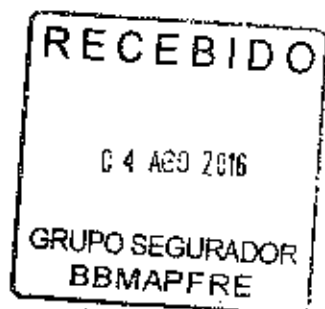
1 - Nome: MANOEL DE LIMA PEREIRA, R.G. n.º 2926451 - SSP/PB, C.P.F. N.º 060.204.844-32

Endereço: **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

2 - Nome: FRANCISCO DE ASSIS SILVA E MELO, R.G. n.º 2.182.5240 2 VIA - SSP/PB, C.P.F. N.º 024.668.694-46

Endereço: **VARZEA DA POSSE, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**A André Belo dos Santos**ANDRÉ BELO DOS SANTOS**

Noticiante


PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA
Responsável pelo registro

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2016

Aos 29/01/2016, nesta cidade de Cuité, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. DURVAL SANTOS BARROS, Delegado de Polícia Civil, comigo PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA - Escrivão de Polícia, ao final assinado, ai, por volta das 09:30 horas, compareceu ANDRÉ BELO DOS SANTOS, conhecido por "GATO", nacionalidade BRASILEIRO, estado civil UNIDO ESTAVELMENTE, profissão DESEMPREGADO, grau de instrução ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO, com 30 anos de idade, nascido aos 11/08/1985 em BARRA DE SANTA ROSA/PB, filho de ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS E ELIZABETE DE LIMA BELO, portador de Cédula de Identidade N.º 56.460.112-3, expedida pela SSP/SP, e C.P.F. de N.º 082.999.384-30, endereço SÍTIO CANOINHAS, S/N bairro ZONA RURAL, cidade de CUITÉ/PB, celular: (83)99338-7982. CIENTE DAS SANÇÕES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO QUE:

QUE NO DIA 20/11/2015, POR VOLTA 17H00 ESTAVA O NOTICIANTE PILOTANDO SUA MOTOCICLETA (HONDA NXR150 BROS ESD, ANO MODELO 2007, PLACA MOG4487/PB, VERMELHA, CHASSI 9C2KD03107R800123, RENAVAN 0093633951-9 LICENCIADA EM NOME DE JANILSON FELIX DA SILVA), TRANSITANDO EM DAMIÃO/PB PELA RUA JOSE PAULINO (PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA SAIDA PARA CACIMBA DE DENTRO/PB) QUANDO O FREIO DA MOTO TRAVOU E O MESMO VEIO A CAIR, QUE NA OCASIÃO MANOEL DE LIMA PEREIRA (TESTEMUNHA 1) PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS LEVANDO O NOTICIANTE PARA O POSTO DE SAUDE DE DAMIÃO. QUE NÃO PODENDO SUPRIR AS NECESSIDADES FOI SOLICITADO A SAMU QUE O TRANSFERISSE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. QUE EM DECORRÊNCIA DA QUEDA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE FOI NECESSARIO INTERVENÇÃO CIRURGICA PARA COLOCAÇÃO DE PINOS (5) PARA FIXAÇÃO DO OSSO. QUE ATE HOJE SENTE DORES DEVIDO A QUEDA. Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo (a) noticiante assinada.

TESTEMUNHAS:

1 - Nome: MANOEL DE LIMA PEREIRA, R.G. n.º 2926451 - SSP/PB, C.P.F. N.º 060.204.844-32

Endereço: SÍTIO CANOINHAS, S/N bairro ZONA RURAL, cidade de CUITÉ/PB

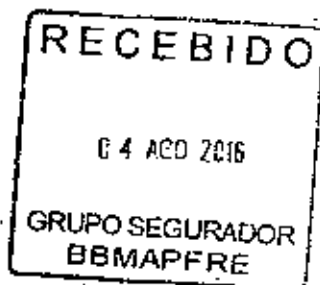
2 - Nome: FRANCISCO DE ASSIS SILVA E MELO, R.G. n.º 2.182.5240 2 VIA - SSP/PB, C.P.F. N.º 024.668.694-46

Endereço: VARZEA DA POSSE, S/N bairro ZONA RURAL, cidade de CUITÉ/PB

André Belo dos Santos

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

Noticiante



PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA
Responsável pelo registro

Boletim de ocorrência





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Andre Belo dos Santos, portador da carteira de
 identidade nº 56.460.112-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 082.999.384-30,
 residente e domiciliado na Sítio Camarinha
 Cidade Curité, Estado PB, 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 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.

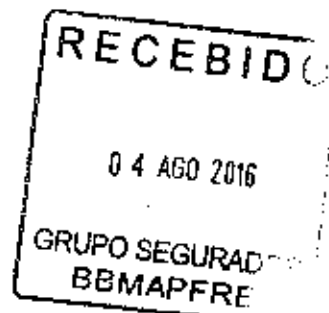
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
 conteúdo.

Andre Belo dos Santos

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Picuí-PB, 13 de julho de 2016

Local e data



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

082.999.384-30

Nome completo da vítima:

Andre Belo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Andre Belo dos Santos

082.999.384-30

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Retiro, s

Número:

317

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Cuite

Estado:

PB

CEP:

E-mail:

(83) 9.9621.2461

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (ver nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Andre Belo dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

082.999.384-30

Nome completo da vítima:

Andre Belo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Andre Belo dos Santos

082.999.384-30

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Retiro, s

Número:

317

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Cuite

Estado:

PB

CEP:

E-mail:

(83) 9.9621.2461

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no CNJ)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não obrigatório

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Andre Belo dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

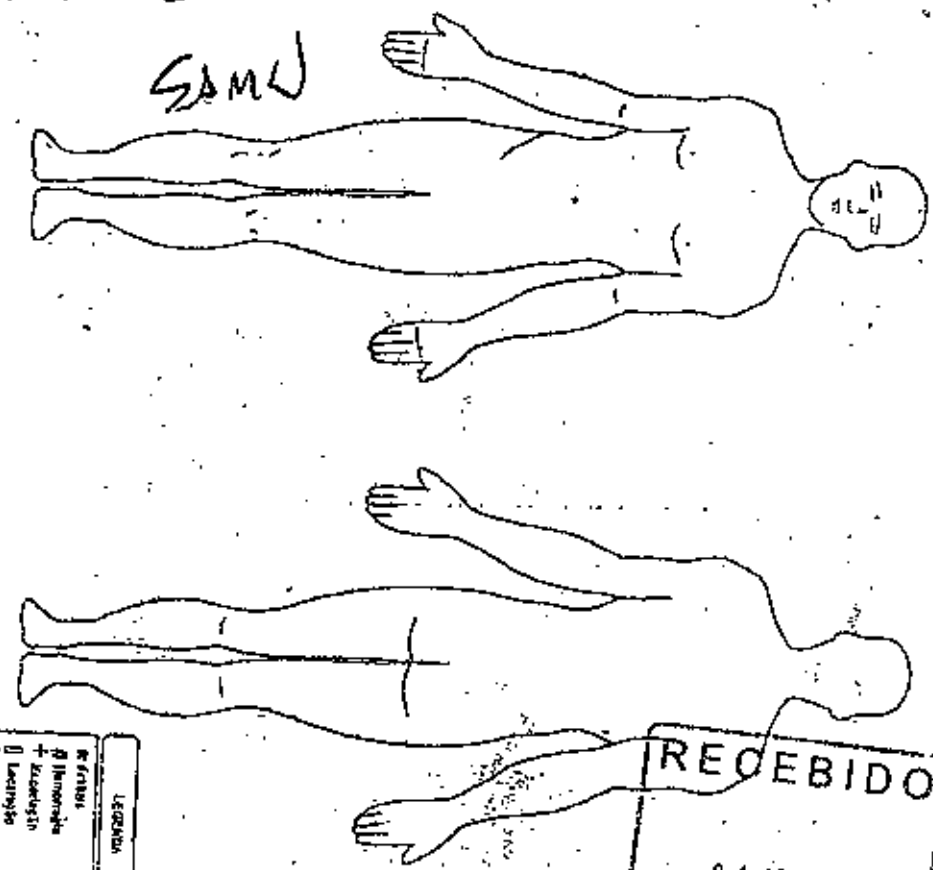
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATO DECLARATORIO
SAMU



RECEBIDO

04 AGO 2016

RUPO-SEGURADOR
BBMAPFRE

ESCALA DE COMA GLASGOW			
ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA	
Abre os olhos espontaneamente	Abre os olhos espontaneamente	4	5
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	
Com Estímulos Oculares	Com Estímulos Oculares	2	
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1	
Orientado	Resposta	4	5
Orientado	Orientado	3	
Resposta Inapropriada	Resposta Inapropriada	2	
Resposta a Dor	Resposta a Dor	1	
Comandos	Comandos	6	6
Comandos	Comandos	5	
Comandos	Comandos	4	
Comandos	Comandos	3	
Comandos	Comandos	2	3
Comandos	Comandos	1	
Comandos	Comandos	0	
Comandos	Comandos	0	

ESCORE DO TRATAMENTO			
ESCALA GLASGOW	PRESSÃO SISTÓLICA (mm/Hg)	TEMPERATURA (°C)	PERÍODO
10-14	10-14	36-37	1
15-16	15-16	37-38	2
17-18	17-18	39-40	3
19-20	19-20	41-42	4
21-22	21-22	43-44	5
23-24	23-24	45-46	6
25-26	25-26	47-48	7
27-28	27-28	49-50	8
29-30	29-30	51-52	9
31-32	31-32	53-54	10
33-34	33-34	55-56	11
35-36	35-36	57-58	12
37-38	37-38	59-60	13
39-40	39-40	61-62	14
41-42	41-42	63-64	15
43-44	43-44	65-66	16
45-46	45-46	67-68	17
47-48	47-48	69-70	18
49-50	49-50	71-72	19
51-52	51-52	73-74	20
53-54	53-54	75-76	21
55-56	55-56	77-78	22
57-58	57-58	79-80	23
59-60	59-60	81-82	24
61-62	61-62	83-84	25
63-64	63-64	85-86	26
65-66	65-66	87-88	27
67-68	67-68	89-90	28
69-70	69-70	91-92	29
71-72	71-72	93-94	30
73-74	73-74	95-96	31
75-76	75-76	97-98	32
77-78	77-78	99-100	33
79-80	79-80	101-102	34
81-82	81-82	103-104	35
83-84	83-84	105-106	36
85-86	85-86	107-108	37
87-88	87-88	109-110	38
89-90	89-90	111-112	39
91-92	91-92	113-114	40
93-94	93-94	115-116	41
95-96	95-96	117-118	42
97-98	97-98	119-120	43
99-100	99-100	121-122	44
101-102	101-102	123-124	45
103-104	103-104	125-126	46
105-106	105-106	127-128	47
107-108	107-108	129-130	48
109-110	109-110	131-132	49
111-112	111-112	133-134	50
113-114	113-114	135-136	51
115-116	115-116	137-138	52
117-118	117-118	139-140	53
119-120	119-120	141-142	54
121-122	121-122	143-144	55
123-124	123-124	145-146	56
125-126	125-126	147-148	57
127-128	127-128	149-150	58
129-130	129-130	151-152	59
131-132	131-132	153-154	60
133-134	133-134	155-156	61
135-136	135-136	157-158	62
137-138	137-138	159-160	63
139-140	139-140	161-162	64
141-142	141-142	163-164	65
143-144	143-144	165-166	66
145-146	145-1		

DOCUMENTO 2 '12%'

[illegible]

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



0 4 AGO 2016

RUPO-SEGURADOR
BBMAPFRE

Comprovação de ato declaratório

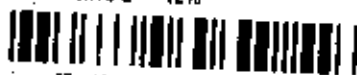
[illegible]

CHAMADA (Telefônica)		DATA: 20/05/2014		HORAS: 07h 30m	
Assistência Reguladora (R) de (a) <u>1000</u>		MOTIVO: <u>SOCCORRO</u>		CHAMADA	
Solicitação: <u>Tratamento de emergência</u>		TRANSPORTE: ☐		INFORMAÇÃO: ☐	
Membros do Grupo: <u>Doença</u>		Tutor: <u>Doença</u>		Tutor: <u>Doença</u>	
SOCORRO (Tm. em Registros)		TIPO		QUANTIA DO COLABORANTE	
☒ TRATAMENTO	☐ CASO CLÍNICO	☐ OBSTÉTRICO	☐ PSOLUTÓRIO	<u>Devidos da mãe</u>	<u>07</u>
PACIENTE (Tm. em Registros)		ESTADO DE CONSCIENTIA		RESPIRAÇÃO	
<u>Doença</u>	<u>Doença</u>	☒ Consciente	☐ Desconsciente	☐ Espontânea	☒ Suo
<u>Doença</u>	<u>Doença</u>	☐ Orientado	☐ Desorientado	☐ Suficiente	☐ Necessária
<u>Doença</u>	<u>Doença</u>	☐ Intelectual	☐ Intelectual	☐ Lento	☐ Rápido
<u>Doença</u>	<u>Doença</u>	☐ Online	☐ Não Online	☐ Sem pulso	☐ Com pulso
<u>Doença</u>	<u>Doença</u>	☐ Trabalho de parto	☐ Trabalho de parto	☐ Não Online	☒ Online
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Tm. em Registros)		TRABALHO DE PARTO		TRABALHO	
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.
☐ 01 Condição de 10 min.	☐ 1-3 Condição de 10 min.	☐ 4-5 Condição de 10 min.	☐ 6-8 Condição de 10 min.	☐ 9-10 Condição de 10 min.	☐ 11-12 Condição de 10 min.



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIAÇÃO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS
 RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SE, CPF nº 082999384-30, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO ANOINHA
Número	S/N
Apto / Complemento	ASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CUITE
Estado	PB
CEP	58175-000
Telefone de Contato	(83) 93312-5490
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

MAURÍLIA DOS SANTOS SILVA
SIT. CANOINHA, S/N - ÁREA RURAL
CURITIBA/PR - CEP 81150-000 (AG. 00)

Classificação: RESIDENCIAL - TENDÊNCIA: BAIXA
Poder: 1 - 105 - 220V
F. Medida: 00018770103
Referência: Jan/2016
Emissão: 12/01/2016

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200, Km 2 - Centro - Curitiba/PR - CEP 80011-900
CNPJ: 06.952.950/0001-00 - Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica: F000007115
Código para Débito Automático: 00014410068

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

RESERVADO AO FISCO 2231 Base de 11/2737 Escala 12018110007

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Canal de contato

Apresentação

Título Social: Energia Elétrica - 15CE na conta pela Lei
nº 10.438, de 20 de maio de 2002.
Não inclui taxas locais. Taxas de ligação, placa e 12 meses.

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF/CNPJ/RANI
15.78900409

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/12/15 Leitura: 2057	Data: 13/01/16 Leitura: 2101	1	44	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/01/2016 PARA O
CONSUMIDOR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh BR	20	0,14462	4,33
Consumo de 21 a 100 kWh BR	14	0,24184	3,47
Adic. B Vermeão			0,84
Subtotal			11,72
DÉBITOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,73
Devolução Subtotal			

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Dez/15	37
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Média de consumo mensal
40 kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

	Limites do ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ENTREGA DE ENERGIA	11,20	0,00	220
TEMPO DE REPARO	22,32	0,00	220
TEMPO DE REPARO	14,00	0,00	220
TEMPO DE REPARO	7,60	0,00	220
TEMPO DE REPARO	11,84	0,00	220
TEMPO DE REPARO	11,38	0,00	220
TEMPO DE REPARO	6,00	0,00	220
TEMPO DE REPARO	16,00	0,00	220

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	10,89	49,25
Adic. B Vermeão	0,84	8,10
ICMS (ISENTO)	0,31	3,02
PIS	1,43	13,78
COFINS	11,73	113,00
Total	22,11	100,00

Valor de referência: 1 - Unidade de Referência de Energia (RUE) - 1 kWh
Ref. 12/01/2015

RECEBIDO

04 ABR 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARANÁ
Rua Forqueto Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

17421799

REFERÊNCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO Z. DE MACEDO 145JK 58187-000
PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Escola	
028-01-020-0304	0	1	0	0	0	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	1	ACADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DI. DIAS | PROXIMA LEITURA
 391 396 5 2 29/03/2016
 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

			NUMERO DE AMOSTRAS	VALORES
OUT/2015	11	0	PARAMETROS	
NOV/2015	8	0	TURBIDEZ	0
DEZ/2015	10	0	COR	0
JAN/2016	10	0	CLORO	0
JAN/2016	10	0	COLIFORMES TOTAIS	0
FEV/2016	20	0	DADOS REFERENTES A: 0/0	
MEDIA(M)	10			

DATA DA LEITURA: 01/03/2016 HORA DA LEITURA: 10:57:36
 DESCRICAO CONSUMO VL ACJA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 IPTU E COFINS: LET 10.744/12
 VENCIMENTO: 26/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1
 INFORMACOES GERAIS:
 PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

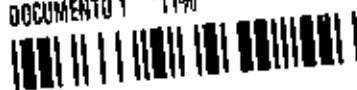
** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

DOCUMENTO 1 "T194"



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

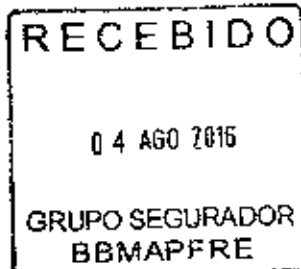
Eu, ANDRÉ DELO DOS SANTOS
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99912-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRÉ DELO DOS SANTOS



MARINILVA DOS SANTOS SILVA
CIT CARACARA, 561 - ARCA RUPIA
C/TELEFONOS 5015200 (AG. 80)

Classificação: RESIDENCIAL / SEMPRENTA / 1500W/240V
Rua: 1 - 105 - 203 - 7000
UF: RJ - CEP: 20082-710

Referência: Jan/2016
Emissão: 12/01/2016

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200 - 2000 - 2000 - 2000 - 2000 - 2000
CNPJ: 06.928.000/0001-00 - Ins. Est. 10.015.823-0

1800 Fica no Centro de Energia Elétrica FICED 107 - 110
Código para Débito Automático: 0001410818

energisa

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

RESERVADO AO FISCO 2018-2019 de 11/2017 (Código 18011001)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Canal de contato:

Jan / 2016

1. Tabela Social de Energia Elétrica - 1500W/240V pela Lei
nº 10.438, de 20 de Abril de 2002.
1100 Fica no Centro de Energia Elétrica FICED 107 - 110

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF / CNPJ / RANI
11.788.000-00

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dif.
12/12/15	13/01/16	1	44

Faturas em atraso

FATURA VENCIDA ATÉ
O DIA 08/01/2016 PESSOA
OBRIGADA

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 1000W/240V	30	0,14100	4,23
Consumo de 21 a 1000W/240V	14	0,34760	4,87
Adic. B. Variação			0,84
Subtotal			11,73
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (18%)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,33
Orcamento Subtotal			

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/15	31
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	40
Fev/15	38
Jan/15	44

Medição de consumo em kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
PM (MENS) 11,30	0,00	100000
PM (TRIM) 11,30	0,00	100000
PM (AN) 11,30	0,00	100000
PM (MENS) 11,30	0,00	100000
PM (TRIM) 11,30	0,00	100000
PM (AN) 11,30	0,00	100000
PM (MENS) 11,30	0,00	100000
PM (TRIM) 11,30	0,00	100000
PM (AN) 11,30	0,00	100000

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 1000W/240V	4,23	40,75
Consumo de 21 a 1000W/240V	4,87	46,95
Adic. B. Variação	0,84	8,07
Subtotal	11,73	100,00
IMPOSTOS E ENCARGOS	0,31	2,98
PIS	1,43	13,78
COFINS	11,33	109,25
Total	22,14	213,75

Tabela de preços - Utilizada para o cálculo da tarifa

01/15 - 10/15

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

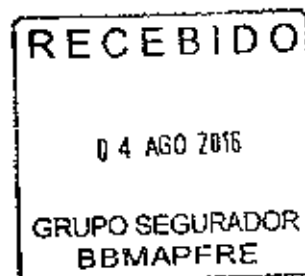
Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS,
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 93312-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-PA, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS



MARINALVA DOS SANTOS SILVA
ST CAROLINA, S/N - APT. 101 - JARDIM
CARTEIRO - FLORESTA - 13.015-000

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL FERRA BRANCA 100% SUSTENTÁVEL
Pavimento 1 - 105 - 235 - 2700
IP médio 1 - 0001378103

Preferência Jan/2016
Emissão 13/01/2016

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 240, 1º andar - Centro - Curitiba - PR - CEP 81250-000
CNPJ 06.925.879/0001-40 - Ins. Est. 10.015.023-0

Nota Fiscal Gerada de Energia Elétrica 10000007110
Código para Dúvidas Automáticas 0001442818

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

RESERVADO AO FISCO

4201 Base de 11 3137 Se 11 136 8811 10017

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da próxima leitura

12/02/2016

CPE / CNPJ / RAN /
15 1000000

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
14/12/15	130116	2101	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
CUSTUMAR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh por	30	0,14403	4,32
Consumo - 3) a 10 kWh por	14	0,34754	4,87
Adic. B. Verificação			0,04
Satélite			11,73
IMPÓSTOS E ENCARGOS			
ICMS (SEINF)			0,31
PS			1,43
Cofins			11,73
Demonstrativo			

Histórico do Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	43
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	37
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade (em %)

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
INT. MEMBRO	0,00	NOMINAL
ENC. FERRA BRANCA	0,00	100%
ENC. ANEEL	0,00	100%
ENC. MEMBRO	0,00	100%
ENC. FERRA BRANCA	0,00	100%
ENC. ANEEL	0,00	100%
ENC. MEMBRO	0,00	100%
ENC. FERRA BRANCA	0,00	100%
ENC. ANEEL	0,00	100%
ENC. MEMBRO	0,00	100%
ENC. FERRA BRANCA	0,00	100%
ENC. ANEEL	0,00	100%

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 20 kWh por 30	4,32	41,70
Consumo de 3) a 10 kWh por 14	4,87	46,92
Adic. B. Verificação	0,04	0,38
Satélite	11,73	112,92
ICMS (SEINF)	0,31	3,00
PS	1,43	13,78
Cofins	11,73	112,92
Total	22,11	100,00

Valor total da conta: R\$ 10,38 (dez e três reais e trinta e oito centavos)

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
Rua Frei Betão, 220 - Jangadeiro João Pessoa - PB
CEP: 58.013-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CREDITO COM A CAGEPA
OBRIGATORIO
MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDADO DE MACEDO 145

JK

58187-000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
028.01.030.0304	0	Potencial	Receita	Estimada	Devida	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	I	IGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	21	29/03/2016
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
OUT/2015	11	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARAMETROS	
DEZ/2015	10	0	VALORES	
JAN/2016	10	0	TURBIDEZ	
JAN/2016	10	0	COR	
JAN/2016	10	0	CLORO	
FEV/2016	20	0	COLIFORMES TOTAIS	
MEDIA(M)	10	0	DADOS REFERENTES A: 0/0	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016	HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 043-03 PIS E COFINS: LCF 12.744/12
VENCIMENTO: 26/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

15-2 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTO
MÁTICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

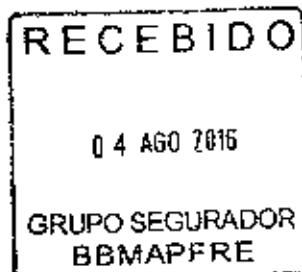
Eu, ANDRÉ DELO DOS SANTOS
 RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
 meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
 descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	SITIO CANOINHA
Número	S/N
Apto / Complemento	ASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CUITE
Estado	PB
CEP	58175-000
Telefone de Contato	(83) 99912-5490
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-M, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRÉ DELO DOS SANTOS



MARINILVA DOS SANTOS SILVA
CIT CARACARA, 561 - ARCA RUPIA
CITE 15-B-CP 5015000-00

Classificação: RESIDENCIAL / SEMPRENTA / 1500W
Razão: 1-105-203-7200
CPF: 0008271153

Referência: Jan/2016
Emissão: 12/01/2016



ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. São João, 100 - Centro - Jd. Piresópolis - CEP: 35074-000
CNPJ: 06.927.001-40 - Ins. Est. 10.015.823-0

Endereço: Rua de Energia Elétrica 1000 110
Código para Débito Automático: 0001410818

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

RESERVADO AO FISCO 2018-2019 de 11/2017 (Código 18011001)

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da próxima leitura

12/02/2016

CPF / CNPJ / RANI
1578504-09

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dif.
12/12/15	1301/16	7101	44

Faturas em atraso

FATURA VENCIDA
O DIA 08/01/2016
OBRIGADO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh BP	30	0,14100	4,23
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	14	0,34764	4,87
Adic. B. Variação			0,84
Subtotal			11,73
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (18%)			0,31
PIS			1,43
COFINS			11,33
Orcamento Subtotal			

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	37
Nov/15	45
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	32
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Medição de consumo em kWh

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (ANUAL) 11,30	0,00	100,00
PM (MENS) 11,30	0,00	100,00
PM (TRIM) 11,30	0,00	100,00
PM (ANUAL) 11,30	0,00	100,00

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 30 kWh BP	4,23	40,75
Consumo de 31 a 100 kWh - BP	4,87	46,95
Adic. B. Variação	0,84	8,07
Subtotal	11,73	100,00
IMPOSTOS E ENCARGOS	1,65	15,87
Total	13,38	100,00

Taxa de energia: 0,14100 R\$/kWh
Código para Débito Automático: 0001410818



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

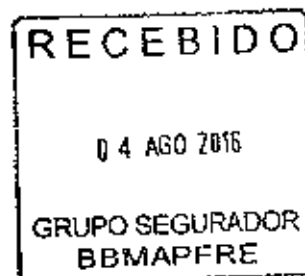
Eu, ANDRE BERO DOS SANTOS,
RG nº 56460120-3, data de expedição 13/06/12, Órgão
SSP/SP, CPF nº 082999384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>SITIO CANOINHA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>ASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CUITE</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58175-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 93312-5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUITE-PA, 26/07/16

Assinatura do Declarante: ANDRE BERO DOS SANTOS



MARINALVA DOS SANTOS SILVA
ST CAROLINA, S/N - APT. 101 - JARDIM
CARTEIRO - FLORESTA - 13.015-000

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL FERRA BRANCA 100% SANEAMENTO
Pavimento: 1 - 105 - 235 - 2700
IP médio: 0,003770193

Referência: Jan/2016
Emissão: 13/01/2016

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 240, km 2 - Cado Bonito - Jd. Pires - CEP 84071-890
CNPJ 05.025.879/0001-40 - Ins. Est. 10.015.029-0

Nota Fiscal Geração de Energia Elétrica 10000007110
Código para Dúvidas Automáticas: 0001442818

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

RESERVADO AO FISCO

4201 Base de 11 3137 Se 11 136 8811 1017

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1441566-5

Jan / 2016

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPE / CNPJ / RAN:
15.000.000

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
14/12/15	130116	2101	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 08/01/2016 PARA
CUSTODIAÇÃO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 20 kWh por	30	0,14403	4,32
Consumo - 3) a 10 kWh por	14	0,34764	4,87
Adic. B. Vencida			0,84
Satísco			11,73
IMPÓSTOS E ENCARGOS			
ICMS (SEINF)			0,31
PS			1,43
Cofins			11,73
Demonstrativo			

Histórico do Consumo
(kWh)

Dez/15	37
Nov/15	43
Out/15	37
Set/15	41
Ago/15	37
Jul/15	38
Jun/15	37
Mai/15	40
Abr/15	45
Mar/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

VENCIMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL
INT. MONT. E	0,00	NOMINAL

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de 20 kWh por	4,32	41,70
Consumo de 3) a 10 kWh por	4,87	46,92
Adic. B. Vencida	0,84	8,10
Satísco	11,73	112,91
ICMS (SEINF)	0,31	3,00
PS	1,43	13,78
Cofins	11,73	112,91
Total	22,11	100,00

Valor total da conta: R\$ 10,38
Data de vencimento: 20/01/2016

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
Rua Frei Betão, 220 - Jangadeiro João Pessoa - PB
CEP: 58.013-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CREDITO COM A CAGEPA
OBRIGATORIO
MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145

JK

58187-000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
028.01.030.0304	0	Potencial	Receita	Estimada	Devida	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	I	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	21	29/03/2016
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MG				
OUT/2015	11	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARAMETROS	
DEZ/2015	10	0	VALORES	
JAN/2016	10	0	TURBIDEZ	
JAN/2016	10	0	COR	
JAN/2016	10	0	CLORO	
FEV/2016	20	0	COLIFORMES TOTAIS	
MEDIA(M)	10	0	DADOS REFERENTES A: 0/0	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016	HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 043-03 PIS E COFINS: LCP 12.744/12	Total a Pagar:
VENCIMENTO: 26/03/2016	R\$32,78

15-2 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PEL: INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2015

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL

NOME: ANDRÉ BELO DOS SANTOS
DATA: 19/JUN/2012

ZELERIAS BARBOSA DOS SANTOS
ELIZABETE DE LIMA BELO

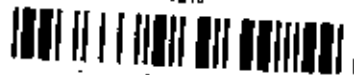
NAT: BARRA DE SANTA ROSA - PB
DATA: 11/AGO/1985

BARRA DE SANTA ROSA - PB
BARRA DE SANTA ROSA
CN: LV ALD / FLS. 170 / N. 010180

CNPJ: 082999384/30

199 Determ. Dir. Donário
Roberto A. da Silva

LEIA-SE: 18027 283



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, 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 **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**
2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na
qualidade de **procurador(a)/intermediário(a)** do beneficiário(a)
ANDRE BELO DOS SANTOS

do sinistro de DPVAT da natureza INVALENDEZ
da vítima ANDRE BELO DOS SANTOS
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações
solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE
DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manuel de Lima Pereira,
RG nº 2.926.451, data de expedição 29/11/17,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 060.204.844-32, com
domicílio na cidade de Quite, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Retiro, nº 5/n,
complemento Zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Andre Belo dos Santos, cujo o condutor era

Veículo: Moto
Modelo: Honda / NVR 150 Bros
Ano: 2007
Placa: MOG 4487 / PB
Chassi: 9C2KD03107R800123
Data do Acidente:
Local e Data: Quite (PB) 05 de novembro de 2018

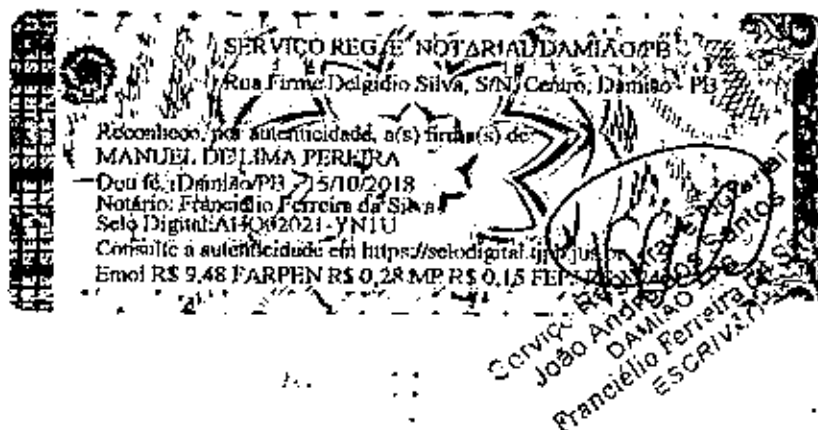
Declaração do proprietário do veículo



Manuel de Lima Pereira
Assinatura do Declarante



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





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, André Belo dos Santos, RG: 56.466.112-3 CPF: 082.999.384-3 residente e domiciliado na sítio Canoinha, S/N
Zona Rural, Cidade de Curité, no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: Jamilson Felix da Silva

Ano: 2007

Placa: KOG 4487 / PB

Chassi: 9C2K PD3107 R900123

Data do acidente: 20/11/2015

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picuí - PB, 12 de julho de 2016



Assinatura



☐ Atividade em casa ☐ Trabalho ☐ Escola ☐ Hospital ☐ Outros		☐ Alimentação ☐ Higiene ☐ Sono ☐ Outros		☐ Estado de espírito ☐ Estado de humor ☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção		☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial	
☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial	

☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial	
☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial		☐ Estado de consciência ☐ Estado de memória ☐ Estado de atenção ☐ Estado de linguagem ☐ Estado de movimento ☐ Estado de sensibilidade ☐ Estado de temperatura ☐ Estado de pressão arterial	

Ao chegar no local, paciente encontrado, orientado, supine, falta em parte uso de bebida alérgica. Apresentando fratura exposta no VD + umor, lesão profunda com rompimento de vasos, do o quadril para o VD que orientam. Paciente com lesão exposta, após exame e diagnóstico, uma para o hospital de trauma em CG.

Nome: <u>Offonice</u> Nº: <u>11533225</u> Data: <u>15/03/2015</u> Hora: <u>15h</u> Local: <u>CG</u>	Assinatura: <u>[Assinatura]</u> Cargo: <u>Enfermeiro</u>
---	---

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Aryane Brito dos Santos		
End:	R. S. R. R. R.	Bairro:	Paulista
Data de Nascimento:	11/08/1995	Documento de Identificação:	
Quarta:	11/08/2015	Data do Atendimento:	11/08/2015 Hora: 20:00 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadêra de rodas () Cama		

VOD 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato	(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento até 4 horas	() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Data e Hora

RECEBIDO

4 AGO 2007

01:41:15

36C

1

10P

38

R

140

PA

Diurese

Observações Enfermagem

Assis

Tratamento administrado

Tratamento de 13C

estável, orientado

comestível, sem vômito

Elas, sem mais

atendidas e com

curtidas da equipe

Observações da equipe

Facilitar em

J. B. P.O. segue

medicação e P.m

do curtidores

da equipe

Facilitar 13C + 130X80

em guaxas

medicados

conforme prescrição

01/08/07

01/08/07

01/08/07

01/08/07

01/08/07



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	André Belo dos Santos		Idade:	20
Convênio:			Data:	21/11/18
Procedimento:	TIO em fratura Torçozelo (5)			
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Socorro	
Início:		Término:	Anestesia: Rápida	

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Data da Operação

Leito

Operador

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesia

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Vias de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

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



9102 654 4 8

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		(10)

Assinatura Anestesiologista

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
4529

Hospital: H. Comendador e Moura Código: 506
 Procedimento: Impl. de fixação de fêmur distal Cód. Procedimento:
 Paciente: Leandro Silva dos Santos Convênio: SU
 Data da Cirurgia: 00/11/15 Nº prontuário: 3254209
 Cirurgião: Dr. André Ribeiro Código: ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 113 Tubos de 4 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3,5 mm	Nº	36	18					
	Qtd	02	03					
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm R.T.	Nº	18						
	Qtd	02						
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS
 Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F. para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Diagnóstico

Pr. Dep. Onco. de pulm. +
 Tuz. (D) e Linf. de axila de p.c. (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: André, 62 anos, dos Santos

Admissão: 4 Leito: 4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/11	1. Dic-3 Rume		
	2. Sali 1000ml EV/24h + SG 1000ml EV 24h	18h 500/300 500	CCR, Linfocele, apênd
	3. Oxicodona 5mg + AD EV 6/6/24h	18h 300	
	4. Etila 20mg + AD EV 12/12h	18h 300	neuroleptico em
	5. Omeprazol 40mg EV/24h		
	6. Tiazol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h 5L		CD: 10h
	7. Fluticasona 0.1 mg + AD EV 6/6h 5L		
	8. Etila 20mg 5L/4h		
	9. SSV + CCGS		
	10. SAT 2000 L		
	11. Roacina 4g EV 12/12h		
	12. Curatubus diário		
	13. Rhoimidegel 200mg EV 8/8h		

22/11 André dos Santos
 PRINCÍPIO

UNIO SEGURADORA
 PLANAPPR=

02-000 2036

CH BIDO

01/15 14h 36.6°C 80 19 100/80 + - Paciente a. 42m. no res-
 mado sem dor. 200g
 curado em 150 18- Entomol. 200g
 COREN 70377

22/11/15 20h 36.6°C 75 20 100/80 8/8. Consciente, orientado e
 sem queixas de interesse
 : 11:50 3 4 75 20 120/80 8/8. O paciente
 segue estável - Religioso
 18- Entomol. 200g
 COREN 70377
 + 200g 200g
 18- Entomol. 200g
 COREN 70377

BBMAPF
GRUPO SEC

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTO)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: André Belo dos Santos

Enter: 4

Leito: 1

AVALIAÇÃO GERAL

Sígnos Vitais: Tax 34 °C. PFC 90 bpm. FR 18 mmHg. PA 120/80 mmHg. HGT 170 mmHg.
Peso: 70 Kg; Altura 170 cm; Dor: 1 IS 1 IN Local 1
Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: 1 Consciente 1 Unilateral 1 Confuso 1 Alérgico 1 Torporoso 1 Desorientado

GLASGOW: 15 Droga: 1 Sedação/Angustia

Pupila: 1 Isocórica 1 Anisocórica 1 D-E 1 E-D 1 Fotorreagentes 1 JS 1 IN 1 Mioticas 1 Midríicas

Atividade motora MMSS: 1 Preservada 1 Parcial 1 Plágia 1 Parêstesia Local

MMII: 1 Preservada 1 Parcial 1 Plágia 1 Parêstesia Local

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: 1 Preservada 1 Diminuída 1 Ausente

Acuidade Auditiva: 1 Preservada 1 Diminuída 1 Ausente

Dor: 1 Expressão facial de dor 1 Relato verbal de dor 1 Dor a estimulação Tátil Local

Necessidade de Comunicação

1 Preservada 1 Prejudicada 1 Outro

Comunicação não-verbal: 1 Não 1 Oral 1 Escrita 1 Dúvida

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: 1 Espontânea 1 Controlada 1 Ventilação 1 Tricotostomia

1 Eupneia 1 Taquipneia 1 Bradipneia 1 Dispneia 1 Outro

Auscultação pulmonar: MV presente 1 D 1 F 1 Diminuída 1 D 1 F

Ruídos adventícios: 1 Roncos 1 Sibilos 1 Creptos 1 Estridor 1 Outro

Tosse: 1 IS 1 IN 1 Improdutiva 1 Produtiva

Expectoração: 1 IS 1 IN Quantidade e aspecto

Queimaduras de vias aéreas: 1 IS 1 IN Permeabilidade das vias aéreas 1 JS 1 IN

Necessidade de Regulação Cardiovascular

Pulso: 1 Regular 1 Irregular 1 Impalpável 1 F-forma 1 Chale

Pele: 1 Corada 1 Hipocorada 1 Cíclise 1 Sudorosa 1 Fra 1 Uquecida

Tempo de enchimento capilar: 1 < 3 segundos 1 > 3 segundos Turgência Jugular: 1 JS 1 IN

Orgão vasculares: 1 JS 1 IN Precordialgia: 1 JS 1 IN

Ausculta Cardíaca: 1 Rítmica 1 Arrítmica 1 Sopros 1 Outro

Punção Venosa: 1 Periférica 1 Central 1 Dissecção Localização

Edema: 1 IN 1 JS 1 MMSS 1 MMII 1 Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo alimentar: 1 Nutrido 1 Emagrecido 1 Obeso 1 Caquético

Dentição: 1 Completa 1 Incompleta 1 Uso de próteses

Alimentação: 1 VO 1 SNG 1 SOG 1 SNF 1 Gastrostomia 1 Jejunostomia

Atorções: 1 Inapetência 1 O stágio 1 Intolerância alimentar 1 Pirose 1 Náusea

1 Vômito 1 Outros

Abdômen: 1 Normotensão 1 Distendido 1 Tenso 1 Ascítico 1 Outros

RHA: 1 Normotivos 1 Hipotivos 1 Hipertivos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: 1 Líquida 1 Normal 1 Constipação 1 diu 1 Outros

Observações:

Eliminação urinária: 1 Espontânea 1 Retenção 1 Incontinência

1 JSVD: Volume 1 ml de 1 horas Aspecto 1 Clara 1 Concentrada 1 Outros

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa			
Condição da pele:	☒ Umida	☐ Resaca	☐ Rascada
	☐ Cicatriz	☐ Esquimoso	☐ Manchas
	☐ Hematoma	☐ Rash	☐ Prurido
	☐ Descamativa	☐ Lesões	
Coloração da pele:	☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Hipercoorada
	☐ Ictérica	☐ Cianótica	
Condições das mucosas:	☒ Úmidas	☐ Secas	
Turgor da pele:	☐ Preservada	☐ Diminuída	
Manifestações de sede:	☐ S	☒ N	
Incisão cirúrgica:	☐ S	☒ N	Local/Aspecto:
Úlcera de pressão:	☐ S	☒ N	Estágio Local Descrição:
Necessidade de cuidado corporal			
	☐ Independente	☐ Dependente	☒ Parcialmente dependente
Higiene Corporal:	☒ Satisfatória	☐ Insatisfatória	☐ Presença de odor
Higiene Bucal:	☒ Satisfatória	☐ Insatisfatória	
Necessidade de ajuda para auto-cuidado:	☐ S	☒ N	
Limitação Física:	☐ Acamado	☐ Bengala	☐ Cadeira de rodas
	☐ Outro:		
Necessidade de sono e repouso			
Procurado:	☒ S	☐ N	☐ Insônia
	☐ Dormiu durante o dia	☐ Sono interrompido	
Observações:			
Necessidade de Segurança e Gregário			
Sentimentos e Comportamentos:	☒ Cooperativo	☐ Ansiedade	☐ Medo
	☐ Agitação	☐ Ausência de familiares/visita	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
23/11/15			
Química, cardíaca, orientado HLP, guisa 2 de grupo nível, foi observado o VA, alimentação, atividade diária, sono e repouso preservados, segue aos cuidados de grupo. <i>MD</i>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:			

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: André Belo dos Santos

Enfer: 4

Leito: 1

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36.6 °C; P/F/C: 80 batm; FR: 19 irpm; PA: 100 x 80 mmHg; HGT: 1 mg/dl

Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm; Dor: () S () N Local:

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Contuso () Atáxico () Torporoso () Desorientado

GLASGOW: Drogas (Sedação/Analgesia):

pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D Fotomorgentes () S () N () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: () Preservada () Paroia () Plegia () Paroia Local:

MMII: () Preservada () Paroia () Plegia () Paroia Local:

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída () Ausente

Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída () Ausente

Dor: () Expressão facial de dor () Relato verbal de dor () Dor a estimulação tátil Local:

Necessidade de Comunicação

() Preservada () Prejudicada () Outro:

() Comunicação não-verbal () Afasia () Disfasia () Disartria () Distúlio

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: () Espontânea () Cateter nasal () Venturi % Vmin () Traqueostomia

() Eupnéia () Traqueupnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outro:

Ausculta pulmonar: MV presente () D () E Diminuídos: () D () E

Ruídos adventícios: () Ráncos () Sibilos () Crepitos () Estridor () Outro:

Tosse: () S () N () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () S () N Quantidade e aspecto:

Obstruções de vias aéreas: () S () N Permeabilidade das vias aéreas: () S () N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos Turgência Jugular: () S () N

Drogas vasotivas: () S () N Preconstricção: () S () N

Ausculta Cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outro:

Punção Venosa: () Periférica () Central () Dissecção Localização:

Edema: () N () S () MMSS () MMII () Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Estado nutricional: () Nutrido () Emagrecido () Obeso () Caquético

Dentição: () Completa () Incompleta () Uso de próteses

Alimentação: () VO () SNG () SOG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia

Alterações: () Inapetência () Dislalia () Intolerância alimentar () Pirose () Náusea

() Vômito () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RNA: () Normotivos () Hipotivos () Hipertivos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: () Líquida () Normal () Constipado há dias () Outros:

Observações:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência

() SVD. Volume: ml de horas Aspecto: () Clara () Concentrada () Outros:

Paciente: Dnys

Pelo dos Santos

Enfermagem: 4

Leito: 3

Data: 09/11/19

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Duríticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdomino distendido () Dor à evacuação () Anorexia () Dor abdominal () Cavidade bucal limpa () Hálito () Outro () Dor abdominal () Hálito () Integridade de acesso o portivo () Outro () Incapacidade de levar o corpo ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro () Prejuízo neuromuscular () Dor () Exatidão () Outro () Ansiedade ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Agentes lesivos (ex: Bacterias, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Tosse/cia () Injeção () Desnudo () Injeção de estufas do corpo () Ponto de da cama do corpo () Injeção de estufas do corpo () Ponto de da cama do corpo () Injeção de estufas do corpo () Oscilação para virar-se () Oscilação do estufa () Medicamentos descontrolados ()
4 Dor aguda	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Agentes lesivos (ex: Bacterias, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Tosse/cia () Injeção () Desnudo () Injeção de estufas do corpo () Ponto de da cama do corpo () Injeção de estufas do corpo () Oscilação para virar-se () Oscilação do estufa () Medicamentos descontrolados ()
6 Integridade da pele prejudicada	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
9 Risco de desconforto eletrolítico	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
10 Risco de infecção	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
11 Risco de queda	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
12 Padrão de sono prejudicado	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
13 Outro	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
14 Outro	Exatidão () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física () Outro () Acidente () Desconforto () Regime alimentar Prejuízo nutricional este físico () Desuso () Outro () Anestesia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()

DATA: 22/11/15 HORA: 11:00

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Segue com EGK, MICH e aos cuidados da equipe de enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa	
Condição da pele: () Úmida () Pegajosa () Ressecada () Ictérica () Esquimosa () Mamelonas () Hematomas () Rash () Prurido () Descamativa () Lesões	
Coloração da pele: () Normocrômica () Hipocrômica () Ictérica () Cianótica	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	
Maneiras de sede: () S () N	
Lesão cirúrgica: () S () N Local: () S () N	
Local: () S () N	
Descrição: () S () N	
Independente () Dependente () Parcialmente dependente	
Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Presença de odor	
Higiene Bucal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Necessidade de cuidado para auto-cuidado: () S () N	
Limitações físicas: () Acamado () Bengado () Jodado de rodas () Outros	
Necessidade de sono e repouso	
Preservado: () S () N () Insônia () Sono durinho e dia () Sono interrompido	
Observações:	
Necessidade de Segurança e Gregária	
Sentimentos e Comportamentos: () Cooperativo () Ansiedade () Medo () Aprensão () Agitação () Ausência de familiares/visita	

Diagnóstico

Fratura exposta, em exposição
permanente. (Visto em 19/10/1975)
Exatidão do diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	André Bello dos Santos	Admissão	14	Local	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
20/11/15	Dieta: zero. Lave após. vaporizada a vontade.				Paralelo. história de acidente de trânsito, apresenta ferimento de
	Hidratação: 500 ml EV 1000 ml EV 1500 ml EV 2000 ml EV 2500 ml EV 3000 ml EV 3500 ml EV 4000 ml EV 4500 ml EV 5000 ml EV 5500 ml EV 6000 ml EV 6500 ml EV 7000 ml EV 7500 ml EV 8000 ml EV 8500 ml EV 9000 ml EV 9500 ml EV 10000 ml EV 10500 ml EV 11000 ml EV 11500 ml EV 12000 ml EV 12500 ml EV 13000 ml EV 13500 ml EV 14000 ml EV 14500 ml EV 15000 ml EV 15500 ml EV 16000 ml EV 16500 ml EV 17000 ml EV 17500 ml EV 18000 ml EV 18500 ml EV 19000 ml EV 19500 ml EV 20000 ml EV 20500 ml EV 21000 ml EV 21500 ml EV 22000 ml EV 22500 ml EV 23000 ml EV 23500 ml EV 24000 ml EV 24500 ml EV 25000 ml EV 25500 ml EV 26000 ml EV 26500 ml EV 27000 ml EV 27500 ml EV 28000 ml EV 28500 ml EV 29000 ml EV 29500 ml EV 30000 ml EV 30500 ml EV 31000 ml EV 31500 ml EV 32000 ml EV 32500 ml EV 33000 ml EV 33500 ml EV 34000 ml EV 34500 ml EV 35000 ml EV 35500 ml EV 36000 ml EV 36500 ml EV 37000 ml EV 37500 ml EV 38000 ml EV 38500 ml EV 39000 ml EV 39500 ml EV 40000 ml EV 40500 ml EV 41000 ml EV 41500 ml EV 42000 ml EV 42500 ml EV 43000 ml EV 43500 ml EV 44000 ml EV 44500 ml EV 45000 ml EV 45500 ml EV 46000 ml EV 46500 ml EV 47000 ml EV 47500 ml EV 48000 ml EV 48500 ml EV 49000 ml EV 49500 ml EV 50000 ml EV 50500 ml EV 51000 ml EV 51500 ml EV 52000 ml EV 52500 ml EV 53000 ml EV 53500 ml EV 54000 ml EV 54500 ml EV 55000 ml EV 55500 ml EV 56000 ml EV 56500 ml EV 57000 ml EV 57500 ml EV 58000 ml EV 58500 ml EV 59000 ml EV 59500 ml EV 60000 ml EV 60500 ml EV 61000 ml EV 61500 ml EV 62000 ml EV 62500 ml EV 63000 ml EV 63500 ml EV 64000 ml EV 64500 ml EV 65000 ml EV 65500 ml EV 66000 ml EV 66500 ml EV 67000 ml EV 67500 ml EV 68000 ml EV 68500 ml EV 69000 ml EV 69500 ml EV 70000 ml EV 70500 ml EV 71000 ml EV 71500 ml EV 72000 ml EV 72500 ml EV 73000 ml EV 73500 ml EV 74000 ml EV 74500 ml EV 75000 ml EV 75500 ml EV 76000 ml EV 76500 ml EV 77000 ml EV 77500 ml EV 78000 ml EV 78500 ml EV 79000 ml EV 79500 ml EV 80000 ml EV 80500 ml EV 81000 ml EV 81500 ml EV 82000 ml EV 82500 ml EV 83000 ml EV 83500 ml EV 84000 ml EV 84500 ml EV 85000 ml EV 85500 ml EV 86000 ml EV 86500 ml EV 87000 ml EV 87500 ml EV 88000 ml EV 88500 ml EV 89000 ml EV 89500 ml EV 90000 ml EV 90500 ml EV 91000 ml EV 91500 ml EV 92000 ml EV 92500 ml EV 93000 ml EV 93500 ml EV 94000 ml EV 94500 ml EV 95000 ml EV 95500 ml EV 96000 ml EV 96500 ml EV 97000 ml EV 97500 ml EV 98000 ml EV 98500 ml EV 99000 ml EV 99500 ml EV 100000 ml EV 100500 ml EV 101000 ml EV 101500 ml EV 102000 ml EV 102500 ml EV 103000 ml EV 103500 ml EV 104000 ml EV 104500 ml EV 105000 ml EV 105500 ml EV 106000 ml EV 106500 ml EV 107000 ml EV 107500 ml EV 108000 ml EV 108500 ml EV 109000 ml EV 109500 ml EV 110000 ml EV 110500 ml EV 111000 ml EV 111500 ml EV 112000 ml EV 112500 ml EV 113000 ml EV 113500 ml EV 114000 ml EV 114500 ml EV 115000 ml EV 115500 ml EV 116000 ml EV 116500 ml EV 117000 ml EV 117500 ml EV 118000 ml EV 118500 ml EV 119000 ml EV 119500 ml EV 120000 ml EV 120500 ml EV 121000 ml EV 121500 ml EV 122000 ml EV 122500 ml EV 123000 ml EV 123500 ml EV 124000 ml EV 124500 ml EV 125000 ml EV 125500 ml EV 126000 ml EV 126500 ml EV 127000 ml EV 127500 ml EV 128000 ml EV 128500 ml EV 129000 ml EV 129500 ml EV 130000 ml EV 130500 ml EV 131000 ml EV 131500 ml EV 132000 ml EV 132500 ml EV 133000 ml EV 133500 ml EV 134000 ml EV 134500 ml EV 135000 ml EV 135500 ml EV 136000 ml EV 136500 ml EV 137000 ml EV 137500 ml EV 138000 ml EV 138500 ml EV 139000 ml EV 139500 ml EV 140000 ml EV 140500 ml EV 141000 ml EV 141500 ml EV 142000 ml EV 142500 ml EV 143000 ml EV 143500 ml EV 144000 ml EV 144500 ml EV 145000 ml EV 145500 ml EV 146000 ml EV 146500 ml EV 147000 ml EV 147500 ml EV 148000 ml EV 148500 ml EV 149000 ml EV 149500 ml EV 150000 ml EV 150500 ml EV 151000 ml EV 151500 ml EV 152000 ml EV 152500 ml EV 153000 ml EV 153500 ml EV 154000 ml EV 154500 ml EV 155000 ml EV 155500 ml EV 156000 ml EV 156500 ml EV 157000 ml EV 157500 ml EV 158000 ml EV 158500 ml EV 159000 ml EV 159500 ml EV 160000 ml EV 160500 ml EV 161000 ml EV 161500 ml EV 162000 ml EV 162500 ml EV 163000 ml EV 163500 ml EV 164000 ml EV 164500 ml EV 165000 ml EV 165500 ml EV 166000 ml EV 166500 ml EV 167000 ml EV 167500 ml EV 168000 ml EV 168500 ml EV 169000 ml EV 169500 ml EV 170000 ml EV 170500 ml EV 171000 ml EV 171500 ml EV 172000 ml EV 172500 ml EV 173000 ml EV 173500 ml EV 174000 ml EV 174500 ml EV 175000 ml EV 175500 ml EV 176000 ml EV 176500 ml EV 177000 ml EV 177500 ml EV 178000 ml EV 178500 ml EV 179000 ml EV 179500 ml EV 180000 ml EV 180500 ml EV 181000 ml EV 181500 ml EV 182000 ml EV 182500 ml EV 183000 ml EV 183500 ml EV 184000 ml EV 184500 ml EV 185000 ml EV 185500 ml EV 186000 ml EV 186500 ml EV 187000 ml EV 187500 ml EV 188000 ml EV 188500 ml EV 189000 ml EV 189500 ml EV 190000 ml EV 190500 ml EV 191000 ml EV 191500 ml EV 192000 ml EV 192500 ml EV 193000 ml EV 193500 ml EV 194000 ml EV 194500 ml EV 195000 ml EV 195500 ml EV 196000 ml EV 196500 ml EV 197000 ml EV 197500 ml EV 198000 ml EV 198500 ml EV 199000 ml EV 199500 ml EV 200000 ml EV 200500 ml EV 201000 ml EV 201500 ml EV 202000 ml EV 202500 ml EV 203000 ml EV 203500 ml EV 204000 ml EV 204500 ml EV 205000 ml EV 205500 ml EV 206000 ml EV 206500 ml EV 207000 ml EV 207500 ml EV 208000 ml EV 208500 ml EV 209000 ml EV 209500 ml EV 210000 ml EV 210500 ml EV 211000 ml EV 211500 ml EV 212000 ml EV 212500 ml EV 213000 ml EV 213500 ml EV 214000 ml EV 214500 ml EV 215000 ml EV 215500 ml EV 216000 ml EV 216500 ml EV 217000 ml EV 217500 ml EV 218000 ml EV 218500 ml EV 219000 ml EV 219500 ml EV 220000 ml EV 220500 ml EV 221000 ml EV 221500 ml EV 222000 ml EV 222500 ml EV 223000 ml EV 223500 ml EV 224000 ml EV 224500 ml EV 225000 ml EV 225500 ml EV 226000 ml EV 226500 ml EV 227000 ml EV 227500 ml EV 228000				



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A):

das Santos André Belo

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 582 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 20/11/15 A 23/11/15 NECESSITANDO DE

90 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 23/11/15

Dr. Paulo Roberto Nunes
Ass. do Médico Nº _____ do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR



André Belo dos Santos

0840-070067

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

56.460.112-3 19/JUN/2012

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS

E ELIZABETE DE LIMA BELO

BARRA DE SANTA ROSA - 11/AGO/1985

PB

BARRA DE SANTA ROSA - PB

BARRA DE SANTA ROSA

CN: LV. AIO / FLS. 170 / N. 010180.

082999384/30

198 Delegado Divisionário

Roberto Avila de Paula

ASSINADO DO DIRETOR

LEI 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

082.999.384-30

Nome

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

Nascimento

11/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D6D9.77F9.3741.7F32

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:30 do dia 23/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

DOCUMENTO 6 *T64*



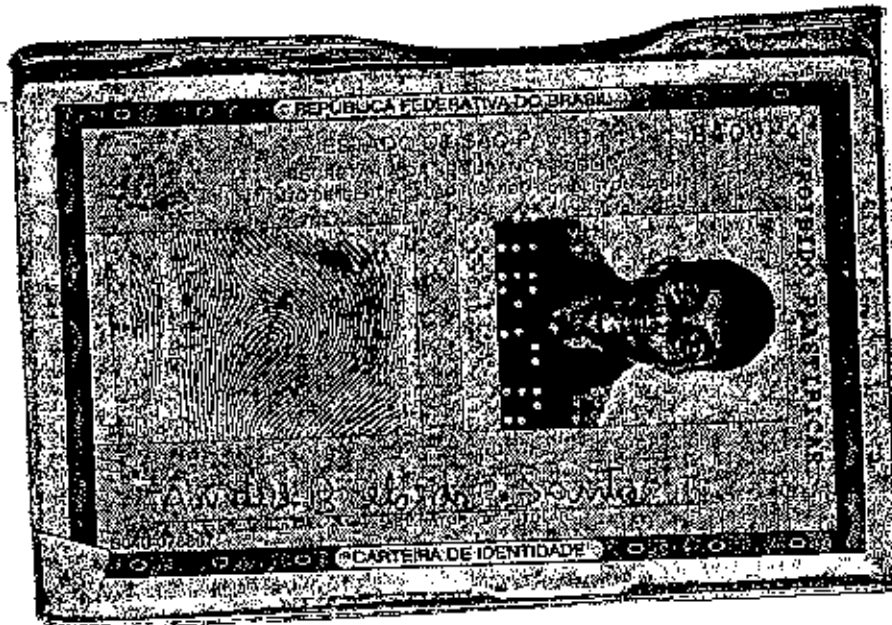
RECEBIDO

04 ABO 2016

GRUPO SEGUADOR

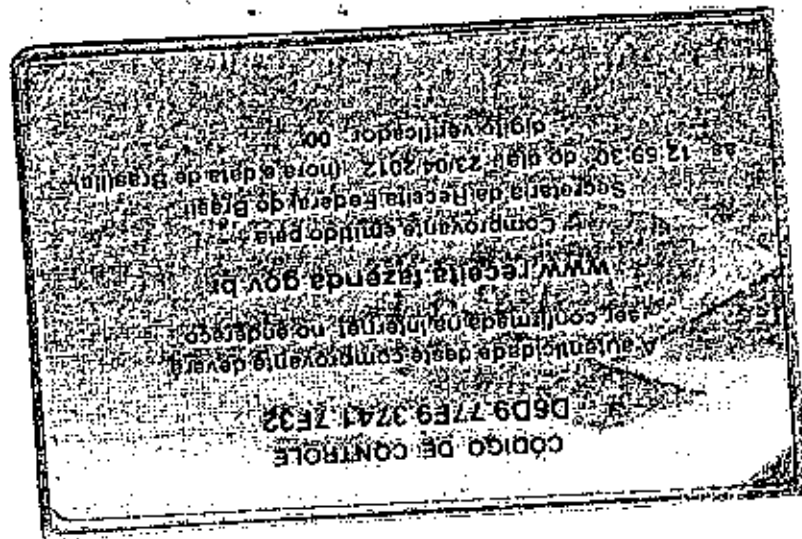
BBMAFERE

Documentos de Identificação



Sinistro
3160482248

9.9126.2461



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR

RG 40-078867

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Andre Belo dos Santos

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.460.112-3 19/JUN/2012

ANDRÉ BELO DOS SANTOS

ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS

E ELIZABETE DE LIMA BELO

BARRA DE SANTA ROSA - 11/AGO/1985

PB

BARRA DE SANTA ROSA - PB

BARRA DE SANTA ROSA

CN: LV A10 / FLS. 170 / N. 010180

082999384/30

198 Delegado Divisão

Roberto ANTONIO DO BOM FIM

LEI 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

082.999.384-30

Nome

ANDRE BELO DOS SANTOS

Nascimento

11/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D6D9.77F9.3741.7F32

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:30 do dia 23/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR

BBMAPERE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES

DETRAN - PB
Nº 012650601045
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CLB RENAVAM BRL 20161100001496-2
1 0093633951-9 00/00000000 2015

MANUEL DE LIMA PEREIRA

06020484432 PLACA MCG4487/PB
NOVO PB 9C2KD03107R800123

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC CONECTIVEL
GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ESD 2007 2007
CAP/PROT/OTL 2 P/149 /CI PARTIC 2007 2007

VERMELHA

1º 2º 3º
IPVA PAGO EM 20/05/2016

PREMIO TOTAL (R\$) 0
PREMIO INTRAPO (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA 08/07/2016

31054

OUT



PB Nº 012650601045

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoBrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

SEGURO 2015 08/07/2016

1 06020484432 PLACA MCG4487/PB

00936339519 HONDA/NXR150 BROS ESD

2007 9 9C2KD03107R800123

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 0
PREMIO INTRAPO (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA 21/12/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.863/0001-01

31054-0959231-20160708

2016-08

RECEBIDO
04 AGO 2016
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

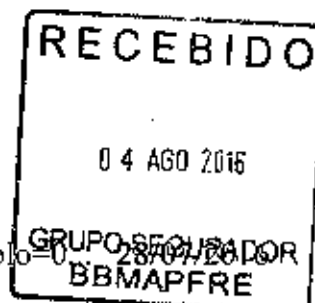
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ANDRE BELO DOS SANTOS	CPF da Vítima 08299938430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz. Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com MAPFRE SEGUROS SUCURSAL CAMPINA GRANDE Data: 28/07/16 Hora: 13:00 <i>Anoagueira</i>	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias, acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



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

Documentos Básicos:

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

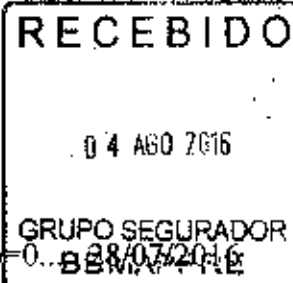


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidaz Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

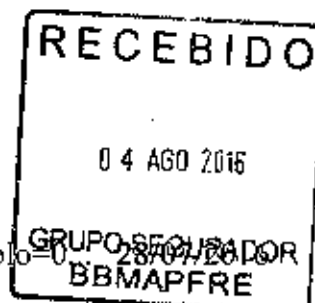
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ANDRE BELO DOS SANTOS	CPF da Vítima 08299938430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz. Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com MAPFRE SEGUROS SUCURSAL CAMPINA GRANDE Data: 28/07/16 Hora: 13:00 <i>Anoagueira</i>	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias, acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



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

Documentos Básicos:

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

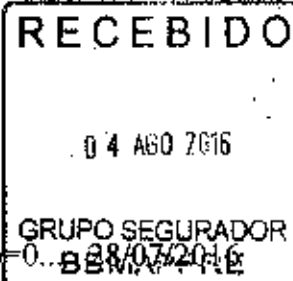


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidaz Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS
SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

Comprovante de residência

Outros



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 cancela 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: 22/02/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

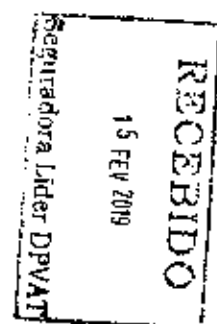
ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

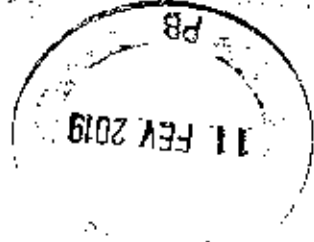
Segue pendência do sinistro do
Senhor André Belo dos Santos, portador
do CPF 082.999.384-30; comprovante de
residência em nome da mãe.



André Belo dos Santos
Sítio Canoinha - sin
Cuite - 58175.000



SEURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DE SEURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
20011-904



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Outros



Data do acidente: 20/11/2015

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

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 cancela 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: 12/04/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

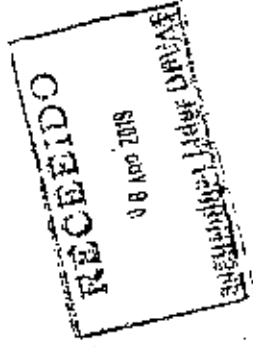
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Para: Seguradora Lider

→ Comprovante de endereço em nome da
esposa.



DA



→ Segura Líder DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT,
6, R. da Assembléia, 100 - 16º andar - Centro,
RIO DE JANEIRO - RJ
20011-904

 Correios	☐ AR	SEDEX
	☒ MP	
PESO (kg)	1	
DV 34075807 0 00		

Andre Bolo du Santos
Sítio Refúgio, s/n
Eucite - Paraisópolis - 58175.000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

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: 22/02/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Número do Sinistro: 3190030959

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

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: 12/04/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013892/19

Vítima: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF: 082.999.384-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2015

Titular do CPF: ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDRE BELO DOS SANTOS : 082.999.384-30

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: 14/01/2019
Nome: ANDRE BELO DOS SANTOS
CPF: 082.999.384-30

ANDRE BELO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO