

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	106.438.604-02	Márcia Costa Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Márcia Costa Oliveira		CPF: 106.438.604-02	
Profissão: estudante	Endereço: Rua José Faustino	Número: 48	Complemento:
Bairro: centro	Cidade: Curitiba	Estado: PR	CEP: 58.167-000
E-mail: NILTONANTAS@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): 83 999125450

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **540304** **2**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atende 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 Civil) Divorciado 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 (vai 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.

Local e Data: **Picuí/PB, 07/07/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Márcia COSTA OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

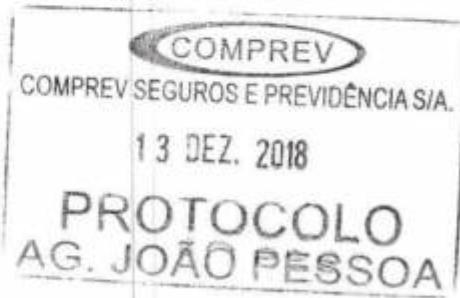
TESTEMUNHAS

1º Nome:	CPF: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
Assinatura 13 DEZ. 2018	
2º Nome:	CPF: PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA	

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.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13º DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICUÍ/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 11/2018

DATA DO FATO: 04/08/2018

HORA DO FATO: Aproximadamente às 23:22h

LOCAL DO FATO: Rodovia PB 177, Sítio Malhada da Bezerra, Zona Rural de Pedra Lavrada/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 10:35h do dia 16/10/2018.

DO COMUNICANTE E VÍTIMA: MOISES COSTA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, estudante, natural de Campina Grande/PB, nascido aos 22/07/1998, RG: 4156346 SSDS/PB, CPF: 106.438.604-01, filho de Marcone Cordeiro de Oliveira e de Renice da Costa Oliveira, residente à Rua José Faustino, nº: 48, Centro, Cubati /PB, fone: (83) 9.8819-9737.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda/CG 125 Fan ES, Ano/Modelo: 2013/2014, Cor: Vermelha, Placa: OGE 8017/PB, Chassi: 9C2JC4120ER006940, Renavam: 59443494-7, Registrada e Licenciada em nome de: Cosme Ferreira Fernandes, CPF: 083.241.634-76, quando perdeu o controle da motocicleta vindo a cair na rodovia, ocasionando um trauma facial com fratura na região da mandíbula, quebra de quatro dentes, no qual perdeu os sentidos e foi socorrido pelo SAMU de Pedra Lavrada, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que ficou internado durante cinco dias e passou por uma cirurgia na mandíbula inserindo platina. Que o noticiante informa que sofreu o acidente em motocicleta de propriedade de terceiro, não sabendo informar neste ato o endereço do mesmo, tendo em vista que ele se encontra em local incerto. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: MOISÉS COSTA OLIVEIRA

Allyson Gleytson Dantas Oliveira
Agente de Investigação
Matrícula: 181.842-2

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	106.438.604-02	Moura Costa Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Moura Costa Oliveira		CPF: 106.438.604-02	
Profissão: estudante	Endereço: Rua José Faustino	Número: 48	Complemento:
Bairro: centro	Cidade: Curitiba	Estado: PR	CEP: 58.167-000
E-mail: NILDTONANTAS@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): 83 999125450

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **540304** **2**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atende 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 Civil) Divorciado 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 (vai 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.

Local e Data: **Picuí/PB, 07/07/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Moura Costa Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:	CPF: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
Assinatura 13 DEZ. 2018	
2º Nome:	CPF: PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA	

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.



ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192 - Pedra Lavrada prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Moisés Costa Oliveira** 20 anos, RG: 4.156.346, vítima de acidente automobilístico, ocorrido aproximadamente às 23:22 horas da noite de 04 de agosto de 2018, na PB-177 em Pedra Lavrada - PB, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

Pedra Lavrada, 02 de novembro de 2018.

Edilson Andrade Vasconcelos
Coordenador Municipal do Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência-SAMU
Matrícula: 781-1



DECLARAÇÃO

Eu, MOISES COSTA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade Civil nº. 4.156.346 SSDS/PB e do CPF nº. 106.438.604-01, residente e domiciliado na Rua José Faustino, 48, Centro, Cubati/PB, CEP 58167-000, DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o Sr. Cosme Ferreira Fernandes, proprietário da moto Honda CG 125 Fan ES, ano/modelo 2013/2014, cor Vermelha, Placa OGE-8017/PB, Chassi nº. 9C2JC4120ER006940, RENAVAM 59443494-7, a qual eu me acidentei no dia 04/08/2018, se encontra em local incerto e não sabido, não tendo consequentemente como localizá-lo atualmente.



Cubati/PB, 19 de Novembro de 2018.

Moises Costa Oliveira

MOISES COSTA OLIVEIRA

OFÍCIO REG. CIVIL E NOTARIAL DE CUBATI
Rua São Severino, 79, Centro, Cubati - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:

MOISES COSTA OLIVEIRA

Dou fô. Cubati/PR - 27/11/2018

Tabelião Belº: GLAUCIA VASCONCELOS PATRICIO DANTAS
Selo Digital:AHU74376-DET9

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.jpb.jus.br>
Emol R\$ 9,13 FARFEN R\$ 0,27 MP RS \$ 0,15 FFPI R\$ 1,68

Gláucia Vasconcelos Patrício Dantas
Oficial do Registro Civil
Cubati - Paraíba

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RENICE DA COSTA
RUA JOSE FAUSTINO, 45 - CENTRO
CUBATÓ/PB CEP: 58167000 (AG: 85)

Emissão: 29/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cruzamento João Pessoa / PB - CEP 58071-490
Rotero: 16 - 04 - 840 - 3100 N° medidor: 00008885925

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°011.699.495
Cód. para Débito Automático: 00000966001

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

Conta referente a
Ago / 2018

Apresentação
28/08/2018

Data prevista da
próxima leitura
26/09/2018

CPF/CNPJ/RANI
669.974.064-15
Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/556008-1

Canal de contato

Anterior	Data	Atual	Constante	Consumo	Dias
27/07/18	10070	28/08/18	10072	1	32

CC	Descrição	Quantidade	Tributos Total(R\$) (CMG/R\$) (ICMS	Preço Unid(R\$) (1,0845%) (4,9955%)	Valor(R\$)
0801	Custo de Disponibilidade	15,87	0,00	0	15,87
0801	Adic. B. Vermelha	1,59	0,00	0	1,59

CCI Código de Classificação do item TOTAL 17,46 0,00 0,00 17,46 0,16 0,87

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 04/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 17,46

Histórico de Consumo (kWh)
298 | 311 | 283 | 308 | 289 | 199 | 141 | 31 | 16 | 32 | 7 | 12
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO ANEEL 6/2018-Período:

Indicadores de Qualidade			6/2018-Período:		
	Límites da ANEEL	Aproximado	Limite de Tensão (V)	Composição do consumo	Valor (R\$)
DIC MENSAL	11,34	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. à Energia PB	5,71 32,71
DIC TRIMESTRAL	22,68	0,00	220	Companhia de Energia	8,25 47,25
FIC MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,97 4,99
FIC TRIMESTRAL	6,47	0,00	LIMITE INFERIOR	Encargos Sistêmicos	1,58 9,05
FICANUAL	12,85	0,00	LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	1,25 6,01
DIREC	3,29	0,00		Outros Serviços	0,00 0,00
DICRI	12,22			Total	17,46 100,00

Valores EU/USD (Ref. 6/2018) R\$17,95

Resumo Tarifário-Vigência: 28/08/18-Rcs. ANEEL nº 2.435-Baixa Tensão 16.418,00 Réduzido
Resumo Tarifário-Vigência: 28/08/18-Rcs. ANEEL nº 2.436-Alta Tensão 16.757,00 Réduzido
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, 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 inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MOISES COSTA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 108438604 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVAU70t da Vítima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108438604 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Roldão Zacarias de Macedo		145	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JK	Picui	PB	58187-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>nilotdantas@hotmail.com</u>	(83)33712274	(83) 999125490	

Picui/PB, 10 de 11
Local e Data

Assinatura do Declarante




EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#205-21 03.10.18

Paciente vítima de acidente motobilístico.

EF: Desenvolveu dor intensa na mandíbula, luxação da mandíbula e gengiva com sangramento intenso.

TC: Não completa pt nome de paciente

CBO: C50.0 - Síndrome Rx

6.01.2018 - 10:03

2.01.2018 - 10:03

- Náuseas não elevadas, periprostáticas persistentes.

05.08.18 suspeito

Sobrada de ósso no lado esquerdo.

Osteosíntese

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revésia
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

(Ass. do paciente ou responsável/quando necessário)

Giovanna G. Oliveira

#-DMF # 10:03

Paciente vítima de acidente motobilístico, no momento o paciente não colabora para realizar a orientação vocal.

Jorge Eduardo Alves
Cargado Secundário
CRÔ-PB 4606

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

TOMOGRAFIA
REALIZADA LM:
05/10/18

C-1000 C-1000

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1706584 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/08/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araújo Junior

PACIENTE: MOISES COSTA CEP:58167000 Nascimento:22/02/1998

OLIVEIRA Endereço:JOSE FAUSTINO Sexo:M Telefone: 98252779

Cidade: Cubati Idade:020 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: RENICE DA COSTA OLIVEIRA RG: 4156346 N°:286

Responsável: GEOVANIA CAVALCANTE PEREIRA CPF: 10643860401 Profissão:

Data de Atend.:05/08/2018 CNE:9529259525

Estado Civil:Sócio(a) Atend.:05/08/2018 CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 01:53:02 Especialidade:

Médico: CRM:

OBS: I/CHA: MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAÇÃO DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abdômen
2. Anus/Reinhas
3. Anútria
4. Cervicais
5. Cervicais
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Envolvimento cutâneo
10. Empaixamento
11. Escoriações
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Conto-contusão
17. F. Perfurado-contusão
18. F. Perfurado-contusão
19. Fratura óssea ferida
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Veneno
23. Lacerações
24. Lesões contundentes
25. Luxações
26. Mordeduras
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enroscado
29. Ossificação
30. Parafusos
31. Permeação
32. Perneirexia
33. Quimioterapia
34. Rinorrágia
35. Síndrome de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 12º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto na faixa lateral, fratura de coluna cervical com lesão medular, ferida de 10x10cm na face anterior, dor intensa, sentimento de fadiga generalizada.

ALERGIA: _____

MEDICAMENTOS: _____

PATOLOGIAS: _____

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreatentes () Isocônicas () Anisocônicas () Pupilas: PA: 29 PR: 28

Glasgow 15 PA: 14x30 HGT: 4+X Sar02: 97%

A- Vida normal paciente sem nenhuma alteração

B- Espontânea 100% em AHT (75%)

C- Horário monitoramento constante, sistema deprimido, doloroso em reposição, dor intensa

D- Fadiga constante

E- Paciente deambulando com dificuldade de locomoção, com auxílio de bengala

EXAMES SOLICITADOS: Exames de fundo de olho, exame de coleta de urina, exame de bexiga.

() Laboratorial () JURO () Radiografia () TAC

() Gasometria arterial () TAC () Tomografia Computadorizada

COMPREV

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 1104 / Dia: 13 DEZ. 2018

Especialista: 0745 / Dia: 13 DEZ. 2018

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONSULTAS HORÁRIO REALIZADO

1 TAC 1-40m + 20m + 20m

2 ALTA DA CIRURGIA ESPECIAL

3 CINTO + CINTO

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: 05/10/18

PROTOCOLO
AO PESSOATOMOGRAFIA
REALIZADA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Welt des Wissens

100-101



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Neunes Estela Oliveira
End: Rua Joli Pinheiro 286 Bairro: Centro
Data de Nascimento: 22/07/98 Documento de Identificação: Cubati PB
Queixa: Acidente Data do Atend.: 20/08/18 Hora: 16:58 Documento:
Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Dosagem de HGT:

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Aspecto: () Calmado () Fáceis de dormir () Semente
Frequência cardíaca:

Frequência cardíaca:

Temperatura axilar:

Mucosas: () Normais

AG. JOÃO F.

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

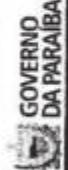
POA
MDD 10

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Estratificação

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



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



Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica

Paciente: José da Costa Oliveira
 Idade: 86
 Convenio: Bradesco
 Data: 05/06/18
 Procedimento: Tumor Benigno de Tonsila de Isonomina

 Cirurgião: Dra. Ana Lúcia Auxiliar: _____
 Anestesista: Dra. Lívia
 Anestesia: Geral

 Início: _____ Término: _____

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motorra	Consciência
12:30	120/63	78	99	Guilherme	-	Tedone
12:45	121/71	74	98	11	-	4
14:00	120/61	75	95	Lucas	-	4

Medicamentos/Materiais

Appendix

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Suturi - Material Empregado - Aspecto Visueral

(1) Fissura de tecido PP-H.
(2) Agente de tecido
(3) Ligadura
(4) Fissura dos espacos entre os
sudores do tecido suturado
(5) Ponteio Periodontal com fita de
cera elástica d- 5000.
(6) Cera elástica d- 5000.

João Francisco Alves
UFSCar
Universidade de São Paulo
Cirurgião-Dentista

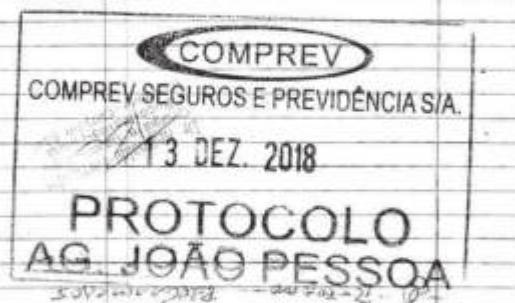
José Francisco Alves
UFSCar
Universidade de São Paulo
Cirurgião-Dentista

Relatório de Operação

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1000

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SECRETARIA DE SAÚDE

TODOS OS DEPARTAMENTOS ESTÃO INTEGRADOS

DETALHES DA PESSOA NOME COMPLETO DO CANDIDATO E TITULAR DA CARTA CONSTITUCIONAL
DETALHES DA DOCUMENTAÇÃO



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: **MARCELO RODRIGUES**
 NATURALIDADE: **BRASIL**
 ADMISSÃO: **05-02-2018**
 DN: **2.01.1947** PRONT. N°: **1235** C. S. N.
 PROCEDÊNCIA:
 ALTA: **07-01-2018**

1. Melhor dia hospitalarização (dia(s) positivo(s) da anamnese): exame fisico
 2. Resultado das principais exames

- 3. Evolução e complicações**

As complicações da infecção bacteriana são raras, mas quando ocorrem, podem ser graves. A infecção bacteriana é mais comum em pacientes com diabetes melito, imunossupressão, lesões cutâneas profundas ou de longa duração, e em pacientes que usam cateteres arteriais ou venosos.

4. Tratamento

O tratamento da infecção bacteriana é feito com antibióticos. O tipo de antibiótico depende da bactéria que está causando a infecção. Os antibióticos mais comumente usados para tratar infecções bacterianas incluem:

 - Penicilina G
 - Cefalosporinas
 - Ampicilina
 - Tetraciclina
 - Sulfamidas
 - Quinolonas

É importante notar que os antibióticos só devem ser usados para tratar infecções bacterianas. Eles não são eficazes para tratar infecções virais, como resfriados comuns ou gripe.

- #### 4. Terapêutica realizada

- 卷之三

- ## 5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / ergonomia

- 卷之三

7. Condições de natação

7. Condições de atra	
<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> A pedido
<input type="checkbox"/> Transferido para:	<input type="checkbox"/> Objeto
	<input type="checkbox"/> Motivado
	<input type="checkbox"/> Inaterrado

Campina Grande, 07 de 02 de 2012

Dr. Lourival Ribeiro
- Especialista em
Enfermagem

Assinatura

Responda ao seu resumo

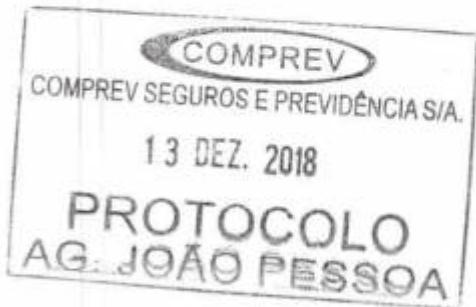


SECRETARIA DE SAÚDE | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fractional blocking
+ further into cat
of Sulcata Cat

Paciente	Maria Carla Oliveira	Alojamento	U	Leito	14	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
08/05/18	① Ductal suspeito de fibro amigdala mediastínica ② S. F. e. PI. 1000 mg od 29/05/18, x01 / 200 ③ Cefiximico 600 mg od 30/05/18 ④ Télecox 1200 mg od 12/05/18 ⑤ Diclofenac 50 mg od 10/05/18 ⑥ Dipirona 200 mg od 07/05/18 ⑦ Sintetico		Paciente evoluindo evoluindo bem. Tensão de pele normal. - melimp - (01-994) evoluindo sem complicações. Apesar da dor intensa, o paciente é muito ativo, pode se levantar, sentar. 31-32-4092			
			Ed. - Vou voltar amanhã para fazer a cirurgia da amigdala. COMPREV COMPREV SEGUROS E PRÉVIDÊNCIAS SA			
			13 DEZ 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			





PROCURAÇÃO

Outorgante: Moisés Costa Oliveira,
brasileiro(a), sócio, estudante,
portador(a) do RG nº 4156.346 expedido por SSP/PB em
11/11 e do CPF nº 106.438.604-01, residente na (o)
Rua José Fontino - 48 - centro,
município de Cubati - PB, CEP 58.167-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 13 de Novembro de 2018.

Moisés Costa Oliveira
outorgante

OFICIO REG. CIVIL E NOTARIAL DE CUBATI
Rua São Severino, 79, Centro, Cubati - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
MCISES COSTA OLIVEIRA

Dou fé. Cubati/PB - 13/11/2018

Substituto: FERNANDO JOSE MARTINS DANTAS

Selo Digital:AHU74345-MUXT

Consulte a autenticidade em <https://zelodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,13 FARFEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,65

Fernando José Martins Dantas
Escrevente Compromissado
Cubati - Paraíba



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464884/18

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

CPF: 106.438.604-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: MOISES COSTA OLIVEIRA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MOISES COSTA OLIVEIRA : 106.438.604-01

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: 27/12/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464884/18

Número do Sinistro: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do acidente: 04/08/2018

CPF: 106.438.604-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES COSTA OLIVEIRA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Procuração

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: 13/05/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO